

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1969

N°

5

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Pierre Laurent CHIAPPONI

INTERNE DES HÔPITAUX

né le 12 Septembre 1938 à Alger

Présentée et soutenue publiquement le 6 Février 1969

DIX ANS DE CÉSARIENNES A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE CLERMONT - FERRAND (684 OBSERVATIONS . 1958 - 1967)

Président : M. BAUDON , Professeur

Membres du Jury : M. BARRIER, Professeur
M. LATAIX , Professeur
M. MOLINA , Professeur
M. MERCIER, Professeur

CLERMONT - REPRODUCTION

64, avenue Jean Noellet

63 - AUBIERE (1969)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE CLERMONT

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1969

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Pierre Laurent CHIAPPONI

INTERNE DES HÔPITAUX

né le 12 Septembre 1938 à Alger

Présentée et soutenue publiquement le 6 Février 1969

DIX ANS DE CÉSARIENNES A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE CLERMONT - FERRAND (684 OBSERVATIONS . 1958 - 1967)

Président : M. BAUDON , Professeur

Membres du Jury : M. BARRIER, Professeur
M. LATAIX , Professeur
M. MOLINA , Professeur
M. MERCIER, Professeur

CLERMONT - REPRODUCTION

64, avenue Jean Noellet

63 - AUBIERE (1969)

UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY
THE
DOCTORAL IN MEDICINE
STATE LIBRARY CHIRURGICAL
OF CLERMONT-FERRAND
A LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
DE CLERMONT-FERRAND
1882-1883



UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY
THE
DOCTORAL IN MEDICINE
STATE LIBRARY CHIRURGICAL
OF CLERMONT-FERRAND
A LA CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
DE CLERMONT-FERRAND
1882-1883

Doyen : G. MEYNIEL,
Assesseur : M. COULET

Doyen Honoraire : M. CUVELIER Directeur Honoraire : M. MERLE.

Professeurs Honoraires : Mme BLANQUET, MM. BUREAU,
M. POMME

I - Professeurs Titulaires

MM. BARRIER	- Clinique Chirurgicale A
BASTIDE	- Chimie biologique et Pharmacodynamie
BAUDON	- Clinique obstétricale
BERGER	- Chimie analytique
BERGERON	- Pathologie médicale
COULET	- Botanique et microbiologie
CUVELIER	- Hydrologie et Climatologie
DASTUGUE	- Biochimie médicale
DAUPHIN	- Chimie Pharmaceutique et Toxicologie
DELAGE	- Anatomie Pathologique
FEBVRE	- Pharmacie Galénique
GRAS	- Clinique Médicale
JACQUEMET	- Technique chirurgicale
JALLUT	- Séméiologie médicale
LATAIX	- Pathologie chirurgicale
MERCIER	- Anatomie
MEYNIEL	- Biophysique médicale
MOLINA	- Clinique Pneumo-phthisiologique
PETIT	- Médecine légale et Médecine sociale
POROT	- Clinique neurologique et psychiatrique
POURRAT	- Matière médicale
Mele RAMPON	- Thérapeutique
MM. ROUHER	- Clinique ophtalmologique
TERRASSE	- Clinique médicale B
THIEBLOT	- Physiologie
THOMAS	- Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
TRONCHE	- Pharmacie chimique
TURCHINI	- Histologie et Embryologie
VAURS	- Bactériologie et Hygiène
WILLEMIN-CLOG	- Clinique Médicale infantile

II - Professeurs Titulaires à titre personnel

M. CHAMPEIX	- Médecine Légale et Médecine du Travail
M. VIALLET	- Electro-Radiologie.

III - Professeurs sans Chaire.

MM. ALFIERI	- Biophysique Médicale
CLUZEL	- Bactériologie
DUCHENE-MARULLAZ	- Physiologie
GERMAIN	- Clinique Chirurgicale B
MENUT	- Pédiatrie et Puériculture.

IV - Maîtres de Conférences Agrégés.

Mlle CHATONIER	- Chimie minérale et Minéralogie
Mme GAILLARD	- Physique Pharmaceutique
Mme MOINADE	- Médecine générale et Thérapeutique
M. PIGNIDE	- Médecine générale
Mme POURRAT	- Botanique
M. VENRIES de LAGUILLAUMIE	- Anatomie Pathologique

V - Agrégés

MM. FOURRIER	- Orhtopédie
HOUDARD	- Chirurgie Générale
JANNY	- Neuro-chirurgie
RENARD	- Pneumo-phthisiologie
TOURNILHAC	- Neurologie et Psychiatrie

VI - Délégués dans les fonctions de Maitres de Conférences.

MM. MALET	- Histologie et embryologie
MARCHEIX	- Médecine générale et Thérapeutiques
PLAGNE	- Cancérologie

Attaché Principal : M. BERTHON
Conservateur de la Bibliothèque : M. ARCHIMBAUD

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentés à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation. (Délibération en date du 6 Juin 1956).

— : — : — : — : — : — : — : — : — : — : — : — : —

Je dédie cette Thèse

A la mémoire de mon grand-oncle, le Docteur G. EGROT

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Maternité d'Alger.*

A la mémoire de ma grand-mère chérie

*Son affection, sa tendresse, son talent m'ont
beaucoup aidé.*

*Mon seul regret est de ne pas l'avoir auprès
de moi en ce jour.*

A la mémoire de mes grands-parents

*Leur vie de labeur, leur volonté, leur ténacité
dans le travail m'encouragent dans les moments
difficiles.*

A mon Père

*Ta vie est pour moi un exemple de travail acharné,
d'honnêteté, de générosité.*

*Mon admiration pour ta carrière de médecin,
écouté, aimé et respecté, m'a très tôt inspiré
le désir d'une existence semblable.*

*Que je puisse, mon cher Père, te prouver longtemps
toute ma reconnaissance et toute mon affection.*

A ma Mère Chérie

*Tu as su allier l'amour, la tendresse que tu me portes
à une autorité éclairée pour me guider dans mes études.*

Je te dois tout.

*Que ce jour soit pour toi l'expression de ma profonde
affection.*

A ma Tante

pour toute l'affection qu'elle m'a donnée.

A mes Oncles et Tantes A. GROSSAT et J. DUVERT

*que de fois j'ai trouvé auprès d'eux l'affection, le
réconfort dans un climat de joie de vivre.*

A Daniel, Marie-Thérèse, Jeanine et Dominique.

A toute ma famille.

A Monsieur le Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

Monsieur le Professeur MEYNIEL

*Doyen de la Faculté
Professeur de Biophysique
Docteur és-Sciences
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre T. O. E.
Officier des Palmes Académiques.*

*En Hommage respectueux pour l'essor
donné à notre jeune Faculté .*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

*Monsieur le Professeur BAUDON
Professeur de Clinique Obstétricale
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
Officier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique*

Mon Cher Maître

Après trois ans d'Internat en Chirurgie, vous m'avez fait l'honneur de me choisir comme élève.

J'ai été immédiatement séduit par l'attrait que vous donnez à l'Obstétrique et à la Gynécologie, la valeur de votre enseignement clinique, la rigueur de votre raisonnement, votre droiture et vos qualités de coeur.

Que je puisse vous prouver toute ma reconnaissance et mériter votre confiance.

Cette thèse est le témoignage immédiat de ma très profonde gratitude et de ma respectueuse admiration.

A NOTRE JURY DE THESE

*Monsieur le Professeur BARRIER
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre Associé National
de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier des Palmes Académiques.*

*Il nous fait l'honneur d'accepter de
siéger parmi nos juges.*

*Nous avons pu apprécier son ensei-
gnement au lit du malade, la richesse de ses
exposés, la précision de sa technique chirur-
gicale.*

*En témoignage de notre admiration
et de notre profond respect.*

*Monsieur le Professeur LATAIX
Professeur de Pathologie Chirurgicale
Membre Associé National
de l'Académie de Chirurgie
Officier des Palmes Académiques.*

*Il nous honore en jugeant ce travail.
Nous avons pu sous sa haute autorité
bénéficier de sa grande expérience clinique,
de son souci de la perfection technique, de
ses conseils bienveillants.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.*

Monsieur le Professeur MOLINA

Professeur de Clinique Pneumo-Phtisiologique

Médecin des Hôpitaux

Chevalier des Palmes Académiques.

*Il représente parmi nos juges, nos Maîtres
de la Faculté d'Alger, profondément gravée dans
notre esprit et dans notre coeur.*

*Il nous a accueilli dès le premier jour avec
bonté, nous a prodigué ses conseils éclairés, nous a
encouragé lors de nos défaillances.*

*Ses qualités de clinicien, son enthousiasme
scientifique, la clarté de son enseignement nous ont
fortement impressionné.*

Nous ne l'oublierons jamais.

Monsieur le Professeur MERCIER

Professeur d'Anatomie

*Il nous a accueilli dans son Laboratoire, nous
avons pu apprécier la métamorphose de l'enseignement
de l'Anatomie sous sa maîtrise.*

*Nous sommes heureux d'avoir connu son ardeur
universitaire, son habileté opératoire, le dynamisme qu'il
inculque à son équipe.*

*Nous le remercions de nous encourager dans nos
projets de travail.*

*En témoignage de notre admiration et de notre
respectueuse gratitude.*

A Monsieur le Docteur GENDRE

Nous apprécions chaque jour sa grande expérience obstétricale, son esprit d'organisation, la gentillesse et l'affabilité avec lesquelles ils nous prodigue ses conseils judicieux.

Que ce travail, où il reconnaîtra de nombreuses observations, soit l'expression de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur JACQUEMET

*Nous avons eu l'honneur d'être son Interne,
de passer un semestre sous sa férule.*

*Nous gardons le souvenir de son art dans la
dissection chirurgicale, de ses grandes qualités humaines.*

*Nous le prions de croire à toute notre reconnaissance
pour son enseignement et à notre respectueuse admiration.*

A Monsieur le Professeur FOURRIER

*Il a été notre premier Maître de Chirurgie à
Clermont - Ferrand.*

*Il nous a fait bénéficier de sa grande expérience
et de la clarté de son enseignement, goûter aux
plaisirs de la Chirurgie Plastique et Orthopédique.*

*Nous choisissons une discipline différente mais
nous sommes heureux de lui exprimer notre profonde
et respectueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur LECOCQ

*Il nous a montré une chirurgie nette et efficace,
prodigué des conseils précieux, témoigné une grande
bienveillance.*

Qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur POROT

Monsieur le Professeur VIALLET

*Nous avons toujours trouvé auprès de ces
Maîtres un appui paternel.*

*Nous avons été touché par leur affection ,
leurs sages conseils, leurs encouragements dans les
moments de défaillance.*

*Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expres -
sion de notre profonde et respectueuse gratitude.*

Monsieur le Professeur DUCHENE - MARULLAZ

*Nous sommes très sensible à l'attention
qu'il porte à nos projets de travail, à l'accueil
qu'il nous a réservé, aux possibilités qu'il nous
offre.*

*Que cette thèse soit le témoignage de
notre reconnaissance et de notre profond res -
pect.*

Monsieur le Médecin Lt. Colonel HANTZ

Chirurgien des Hôpitaux des Armées.

*En souvenir de l'année de travail inou -
bliable dans son Service de Chirurgie de l'Hôpi -
tal Francis Picaud.*

*Nous avons apprécié sa haute compé -
tence chirurgicale, son dynamisme, sa généro -
sité.*

*Avec nos sentiments de très vive gra -
titude.*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DANS LES HOPITAUX
PENDANT NOS ETUDES MEDICALES ET NOTRE EXTERNAT.

Monsieur le Doyen SARROUY
Monsieur le Professeur BOURGEON
Monsieur le Professeur EZES
Monsieur le Professeur GIROD
Monsieur le Professeur GOINARD
Monsieur le Professeur GUNTZ
Monsieur le Professeur JAHIER
Monsieur le Professeur LAGROT
Monsieur le Professeur LIARAS
Monsieur le Professeur RAFFI
Monsieur le Professeur RAYNAUD
Monsieur le Professeur de RIBET in *mémoriam*
Monsieur le Professeur SUTTER

Ce n'est pas sans un serrement de coeur que nous
évoquons la haute valeur de leur enseignement dans notre chère
et aimée Faculté.

Qu'ils veuillent bien trouver dans ce travail l'expres-
sion de notre reconnaissance émue et de notre indéfectible atta-
chement.

A Monsieur le Professeur MONTPELLIER
A Monsieur le Professeur MANDOUL
A Madame le Professeur MUSSINI - MONTPELLIER
A Monsieur LEPIGRE, Docteur *és* Sciences.

Leur esprit de recherche, leurs travaux,
leur probité scientifique m'ont profondément
marqué depuis mon plus jeune âge.

Que ce travail puisse leur exprimer toute
l'affection que je leur porte,

A

Monsieur le Docteur AILLOT
Monsieur le Docteur BOURDEIX
Monsieur le Docteur CHANAL
Monsieur le Docteur DREYFUS
Monsieur le Docteur FRANCANET
Monsieur le Docteur GAILLARD
Monsieur le Docteur LAURAS
Monsieur le Docteur PERNY
Mademoiselle le Docteur PLANCHON
Monsieur le Docteur PRADEAU
Monsieur le Docteur TEINTURIER

*Leur expérience, leurs conseils, leurs bienveillance
nous ont été précieux.
Qu'ils soient assurés de nos sentiments très recon-
naissants.*

A

Monsieur le Docteur AMATHE
Monsieur le Docteur DALLE
Monsieur le Docteur FOUQUES
Monsieur le Docteur GLANDDIER
Monsieur le Docteur LUBIN
Monsieur le Docteur VANNEUVILLE

En témoignage d'une très vive sympathie .

Monsieur le Docteur DEFFARGES

Monsieur le Docteur BRUHAT

*C'est avec eux que nous avons poursuivi notre
expérience obstétricale dans un climat de travail agré-
able.*

*Nous sommes touché par l'amitié qu'ils nous
ont accordée.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de notre sincère
attachement.*

A

*Hubert MANDOUL
Jean - Claude DENIS
Jean - Louis JACQUEMIN
Jean - Michel DUMONT
Claude FAYE*

Leur amitié m'est chère.

A mes camarades de l'Internat

*Henri CALMELS
Jacques JOURDE
Françoise PAUPY
Philippe SOUTEYRAND
Marcel VENET
Jean - François VIALLET
Louis VINCENS*

A tous mes AMIS .

A Mesdames les Sages -Femmes de la Clinique Obstétricale.

*“ Ce n'est pas la souffrance de l'enfant qui est révoltante
en elle - même, mais le fait que cette souffrance ne soit
pas justifiée. ”*

A . CAMUS

AVANT - PROPOS

Conçue dans les légendes mythologiques, telle la naissance d'ESCULAPE, retiré du sein de sa mère, la nymphe infidèle CORONIS, par son père APOLLON, la césarienne est chantée par OVIDE et VIRGILE qui la considèrent comme une origine merveilleuse pour leurs dieux et leurs héros.

- La légende devient une réalité : Des récits grecs, latins, arabes, hébreux nous rapportent l'existence d'enfants vivants malgré la mort de leur mère.

- NUMA POMPILIUS au VII^e siècle avant J.C. légalise la césarienne postmortem dans la LEX REGIA ou LEX CAESAREA, interdisant d'enterrer une femme morte enceinte avant d'avoir ouvert son ventre et extrait l'enfant : le terme "caesarea" est exprimé.

- " SCIPIO AFRICANUS prior natus primusque caesarum a caeso matris utero dictus qua de causa et caesares appellati ".

" SCIPION L'AFRICAIN, premier des CESAR était né du ventre de sa mère " CAESUS ", coupé, c'est pourquoi les membres de sa famille étaient appelés CAESARES ", ainsi s'exprime PLINE L'ANCIEN dans son Historia Naturalis en l'an 50 de notre ère.

- Dans le TALMUD, des médecins hébreux apparaissent comme des précurseurs en décrivant deux types d'interventions césariennes à pratiquer aussi bien avant qu'après la mort de la mère.

- En l'an 120 de notre ère, SUETONIUS, rapportant un cas de césarienne postmortem, représente le premier l'intervention sur une gravure de bois.

- En 1 050, une sage-femme appelée TROTULA de l'école de Médecine de SALERNE, dans un traité sur l'accouchement, envisage l'intervention césarienne dans certaines situations.

- En 1 280, le Concile de Venise émet un édit, puis une loi frappant de peine de mort, la personne responsable d'un accouchement qui n'extrairait pas l'enfant pour le baptiser chez une femme morte au cours du travail.

En 1 524, le Concile de SENS réitère les décisions du Concile de VENISE.

- BISCHOP VON GORDON aurait fait en 1285, des césariennes sur des femmes vivantes.

- La tradition attribue la première césarienne sur être vivant à un Suisse, Jacques NUFER, qui, en 1 500, la réalise sur sa propre épouse avec succès pour l'enfant, les suites maternelles ne sont pas précisées.

- En 1581, un chirurgien Français, François ROUSSET, propose l'opération césarienne dans son " Traité nouveau de l'hystérotomotokie " ou enfantement césarien et relate un certain nombre de césariennes avec heureuse issue pour les femmes.

- Gaspar BAUHIN de BALE, traduisant en latin le livre de ROUSSET essaie de vulgariser en dehors de FRANCE la pratique de l'opération césarienne.

- Ambroise PARE écrit en 1561 :

" Or, je m'émerveille comme d'autres veulent affirmer avoir vu des femmes auxquelles, pour extraire leurs enfants, l'on aurait incisé le ventre, non seulement une fois mais plusieurs Je ne conseillerai jamais de faire telle œuvre où il y a si grand péril sans nul espoir en parlant humainement ".

- D'autres auteurs attribuent la première césarienne à JEREMIAS TRAUTMANN de WITTENBERG en 1610.

- GUILLEMEAU, MARCHAND et MAURICEAU s'élèvent contre cette pratique " empreinte d'inhumanité " et considèrent comme impossible sa réussite " quoi qu'en disent plusieurs imposteurs ".

- En 1669, LEBAS, le premier, suture l'utérus.

- A la fin du XVII^e siècle, J.L. BAUDELLOC-QUE préconise d'inciser la paroi au niveau de la ligne blanche, LAUVERJAT, lui, est partisan de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus.

- SIGAULT en 1768 fait préférer la symphyséotomie à la scie de GIGLI.

- En 1821, VON RITGEN propose la première césarienne extrapéritonéale, OSLANDER décrit l'incision du segment inférieur.

Pendant tout le XIX^e siècle, ère chirurgicale expérimentale, les tentatives de césariennes sont plus nombreuses, les techniques variées mais les succès opératoires exceptionnels pour la mère, mourant d'hémorragie ou de péritonite.

- GUENIOT nous dit que sur 40 césariennes pratiquées à PARIS jusqu'en 1870, la mortalité est de 100 %.

- TARNIER affirme qu'aucune femme ne survit à l'opération césarienne exécutée à PARIS jusqu'en 1844.

- KAYSER de COPENHAGUE a une mortalité maternelle de 62 %, MICHAELIS de 52 %, JACQUEMIER de 79 %.

- PORRO de PAVIE décrit en 1876 l'hystérectomie supra vaginale avec extériorisation du moignon utérin, sa mortalité est de 25 % seulement, pourcentage que la césarienne conservatrice n'atteint jamais.

- A partir de 1880, les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie dues aux découvertes pastoriennes vont permettre à la césarienne d'être moins meurtrière : KEHRER et SAENGER en 1882 décrivent la suture de l'incision utérine en plusieurs plans et affirment qu'en prenant des précautions d'asepsie, leur mortalité tombe à 5 %.

- BAR en 1884, pratique à l'Hôpital TENON dans des conditions chirurgicales la première césarienne française avec succès maternel et foetal, il inaugure " la période de la césarienne corporéale ", " césarienne haute conservatrice et prophylactique " avant tout début de travail. Les conditions optima sont étudiées au Congrès de DRESDE de 1907, BAR rapporte 97 cas de césariennes corporéales prophylactiques sans une mort maternelle.

- Certains auteurs plus aventureux comme BOCQUEL et LEPAGE n'hésitent pas à pratiquer " la césarienne haute tardive " après épreuve du travail de 12 à 48 heures.

- En 1908, LEMOUSSU dans sa thèse inspirée par BOCQUEL rapporte 38 observations de césariennes tardives sans décès.

- DOLERIS, au Congrès de SAINT-PETERSBOURG en 1910 s'élève contre la césarienne tardive et l'épreuve du travail.

- En 1921, BAR conclut : " La césarienne classique, tardive donne malgré toutes les garanties dont on s'est entouré, des résultats trop souvent désastreux. "

- Dès 1906, des auteurs allemands comme FRANCK, SELLHEIM et DODERLEIN recourent à la technique de la césarienne basse segmentaire supra symphysaire, extra péritonéale décrite dès le XIX^e siècle par OSLANDER, RITGEN et L.A. BAUDELOCQUE.

- Devant les difficultés opératoires : hémorragies, blessures de la vessie et de l'un des uretères, SELLHEIM, STOLTZ, FRANCK et PFANNENSTIEL préfèrent la voie transpéritonéale, LATZKO, DODERLEIN, KUSTNER, SHAUTA restent fidèles à la césarienne extra-péritonéale déniaient à la césarienne transpéritonéale basse toute valeur quant à la protection du péritoine contre l'infection.

- En ALLEMAGNE, la césarienne basse transpéritonéale prend l'avantage dès 1912 sur la césarienne basse extra péritonéale.

Née outre-Rhin, la césarienne segmentaire transpéritonéale s'étend rapidement aux ETATS-UNIS, à l'ANGLETERRE à l'ITALIE, à la SUISSE.

En FRANCE, les auteurs restent fidèles à la césarienne haute corporéale inaugurée par BAR.

- Ce n'est qu'en 1920 que le Strasbourgeois SCHICKELE publie le premier en FRANCE avec succès 4 cas de césariennes segmentaires transversales. Au Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, en 1921, BRINDEAU rapporte 5 cas de césariennes segmentaires.

La césarienne segmentaire basse transpéritonéale est alors adoptée par COUVELAIRE, JEANNIN, PORTES et la grande majorité des accoucheurs français.

En 1927-28, dans les Annales de Médecine et Chirurgie, COUVELAIRE écrit : " J'ai vu dans des cas où je n'aurais osé pratiquer la césarienne classique, les suites opératoires les plus simples légitimer le choix de la césarienne basse ".

La protection péritonéale réalisée par la césarienne segmentaire permet de reconsidérer le problème de l'épreuve du travail par rapport au moment de la rupture des membranes.

Les risques infectieux diminués n'ont pas disparu et le grand danger reste la péritonite post-opératoire.

C'est l'époque où l'on distingue :

- les cas purs, où la césarienne est pratiquée avant ou au début du travail, les membranes étant intactes.
- Les cas douteux, après 12 heures de travail et 6 heures de rupture des membranes.
- Les cas impurs, infectés, les membranes étant rompues depuis plus de 6 heures. Cette infection est entretenue par des touchers vaginaux nombreux, un travail long et quelquefois même une tentative d'extraction par voie basse.

COUVELAIRE recommande de ne pas intervenir chirurgicalement après 6 heures de rupture des membranes, 12 heures de travail et 5 cm de dilatation.

- En 1934, TRILLAT accuse 9 % de décès dans les césariennes pratiquées 12 heures après la rupture des membranes, 33,3 % de décès dans celles où les membranes sont rompues depuis plus de 24 heures.

- Certains auteurs décrivent certains des artifices techniques pour étendre la césarienne aux cas infectés : procédé d'extériorisation de l'utérus de PORTES (1924), drainage à la Mikulicz de JEANNIN, CHOME, MERGER (1933), exclusion de la zone opératoire segmentaire par MICHON.

Nouvelle vogue des césariennes extrapéritonéales reprises par WATERS en 1940, BOURGEOIS et PHANEUF en 1949.

Dès 1950, commence l'ère moderne de l'intervention césarienne transformée par :

- les antibiotiques qui font disparaître les complications infectieuses responsables d'une grande partie de la morbidité et de la mortalité maternelle : la césarienne devient une intervention bénigne, l'épreuve du travail peut être prolongée, la notion des cas purs et des cas impurs s'estompe.

- Les progrès de l'anesthésie réanimation :

a) L'anesthésie en circuit fermé avec curarisants remplace progressivement l'anesthésie locale, la rachianesthésie avec le danger de choc à la 20^e minute, l'anesthésie épidurale et l'anesthésie à l'éther.

b) Les moyens de lutte contre le choc : solutés macromoléculaires, corticoïdes, plasma et surtout la transfusion sanguine.

c) La rééquilibration hydroélectrolytique post-opératoire.

- Les médicaments modernes : anticoagulants, anti-enzymes, antispasmodiques, ocytociques.

- Les progrès de la réanimation néo-natale .

La césarienne, connue depuis des millénaires, mise en pratique seulement durant la première partie de notre siècle, a vu, comme toute intervention chirurgicale, son pronostic transformé au cours de ces vingt dernières années.

Elle permet de voir l'obstétrique moderne sous un aspect différent. L'époque des manœuvres acrobatiques, des forceps au détroit supérieur, des grandes rotations est révolue.

L'anoxie foetale au cours d'un travail anormalement prolongé, mal dirigé, les traumatismes obstétricaux pour vouloir extraire à tout prix un enfant par voie basse sont à l'origine " d'effroyables et regrettables séquelles psychomotrices ".

Pour GRANJON, en 1968, " une obstétrique de qualité ne peut être que manuelle, médicale ou chirurgicale. Le temps n'est plus des interventions de nécessité pour souffrance foetale mais des indications de sécurité pour éviter cette souffrance ".

Les indications de césariennes se sont élargies dans le souci du pronostic foetal mais restent bien codifiées et doivent toujours éviter d'être abusives.

La césarienne gagne à devenir, de nos jours, une intervention de centres spécialisés, où une équipe entraînée pose l'indication en temps opportun, réalise l'intervention dans les meilleures conditions techniques et offre à la mère et à l'enfant les avantages de l'anesthésie-réanimation moderne.

L'intervention césarienne reste une question d'actualité comme en témoignent les nombreuses publications parues durant ces dix dernières années.

- - - - -

GENERALITES

Dans notre travail, suggéré par notre Maître le Professeur BAUDON, nous avons repris 684 observations de césariennes pratiquées de 1958 à 1967 à la Clinique Obstétricale de CLERMONT-FERRAND.

Nous étudierons successivement :

- La place de notre série de césariennes par rapport à celles récemment publiées.
- La fréquence de nos césariennes.
- La contexte étiologique d'une femme césarisée.
- Les indications de l'intervention.
- La technique opératoire.
- Le pronostic maternel et foetal.

Tout au long de notre étude, nous comparerons nos statistiques à celles des grands Centres Hospitaliers Français et Etrangers publiées durant la dernière décennie.

MODE D'ETUDE ANALYTIQUE

Nous avons analysé chaque observation de césarienne et reporté les différents éléments sur une fiche photocopiée dont nous reproduisons dans ce chapitre le modèle. (Tab. n° 1)

Cette fiche nous a permis de colliger par observation, soixante à soixante dix renseignements que nous avons ensuite répertoriés.

Ces renseignements concernent :

- Le contexte étiologique de la femme césarisée.
- Les indications opératoires, leur nombre, leur importance respective.
- Les suites post-opératoires maternelles.
- L'état à la naissance et l'élevage de l'enfant.
- L'avenir ultérieur de la mère et de l'enfant.

ANNEE : Observation n°
 Nom : Prénoms : A reproduire in extenso :

Age :

Milieu : - rural
 - urbain

Taille :

Grossesse : - surveillée à la consultation
 - non surveillée à la consultation.

Parité :

Nombre de mois de grossesse au moment de la césarienne :

Antécédents : 1) Médicaux :
 2) Obstétricaux :
 Poids des enfants précédents à la naissance :
 3) Gynécologiques :

S'agit-il d'une césarienne itérative ?
Première césarienne :
 - nombre d'années auparavant :
 - indications :
 - lieu :
 - type :
 - complications éventuelles :

Deuxième césarienne :
 Troisième césarienne :
 Autres césariennes :

Moment de la décision opératoire :

Evolution du travail :
 Rupture de la poche des eaux
 - oui (cas impur)
 - fermée à l'arrivée dans le Service
 - rompue à l'arrivée dans le Service
 = spontanément = artificiellement
 - non (cas pur)
 - poche des eaux rompue depuis :
 - antibiotiques oui
 non
 depuis rupture
 après rupture

Epreuve du travail : oui
 non

Sans extraits post-hypophysaires :
 Avec extraits post-hypophysaires :
 Durée de l'épreuve du travail :
 Manœuvres obstétricales :
 - Forceps d'essai

T A B L E A U

Indications opératoires :

Anesthésie :

Technique :

- incision pariétale :
- hystérotomie :
- extraction du fœtus :
- constatations per-opératoires locales :
- interventions associées

Pourquoi :

Complications maternelles générales per-opératoires :

Suites post-opératoires :

- 1 - Traitements reçus :
 - perfusions :
 - durant :
 - sang :
 - antibiotiques :
 - ocytotiques :
 - involution utérine :
 - Sorbitol :
 - tensio-actifs intestinaux (jамylène)
 - anticoagulants :
 - anti-vitamine K
 - héparine :
 - sonde vésicale
 - ablation :
 - lever :
 - kinésithérapie :

2 - Complications post-opératoires :

3 - Durée de l'hospitalisation :

L'enfant :

- 1 - Enfant mort : Date :
 Cause :
- 2 - Enfant vivant : Premier cri :
 Attitude :
 Poids :
 Morbidité fœtale :
 Evolution normale de l'enfant :

Avenir de la mère et de l'enfant : (consultation post-natale -
consultation gynécologique - hospitalisation).

PLACE DE NOTRE STATISTIQUE PAR RAPPORT AUX PUBLICATIONS RECENTES

Notre étude porte sur 684 césariennes réalisées à la Clinique Obstétricale de CLERMONT-FERRAND, Service du Professeur BAUDON du 1er Janvier 1958 au 31 Décembre 1967.

L'intérêt de ce travail est de concerner un nombre important d'interventions césariennes pratiquées en série continue, durant dix ans, dans un même service, par une même équipe, sous une même direction.

Cette étude compte parmi les plus importantes et peut être comparée aux récentes statistiques parues en FRANCE et à l'étranger durant ces dix dernières années :

EN FRANCE :

- HARDY rapporte dans sa thèse en 1958 une série de 412 césariennes pratiquées de 1948 à 1957 à la maternité de l'Hôpital BEAUJON.

- DEBENEIX, en 1959, étudie dans sa thèse 304 cas colligés de 1948 à 1957 à la Clinique Obstétricale de BORDEAUX, Service du Professeur RIVIERE.

- MUGNIERY, en 1960, analyse 295 observations recueillies de 1945 à 1960 à la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse de LYON, Service du Professeur BROCHIER.

- RICHON J. et SIMONIN J. publient en 1961, 671 césariennes, dont 424 césariennes corporéales, réalisées à la Clinique Obstétricale de NANCY, Service du Professeur VERMELIN de 1944 à 1960.

Au III^e Congrès Mondial de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique à VIENNE en 1961, GERNEZ et POIRET exposent un rapport de 721 césariennes pratiquées en 30 ans dans 3 services hospitaliers et en clinique privée par trois opérateurs Lillois.

- FINTZ, en 1962, étudie 264 cas de la Clinique Gynécologique de STRASBOURG.

- YOUL, en 1963, rapporte une série de 415 césariennes, intéressant 10 ans d'obstétrique, de 1954 à 1963 inclus à la maternité Pellegrin de BORDEAUX, Service du Professeur MAHON.

- CHASTRUSSE L. et DIA A., en 1966, procèdent à une étude comparative entre deux séries, l'une de 138 césariennes segmentaires transversales et l'autre de 134 césariennes segmentaires longitudinales, pratiquées à BORDEAUX, respectivement à la Clinique Obstétricale du Professeur RIVIERE, et à la maternité Service du Professeur MAHON.

A l'étranger, parmi les statistiques importantes parues ces toutes dernières années, nous retiendrons :

- L'ouvrage de ZOLTAN I., publié en 1962 sur 1004 césariennes faites à la clinique gynécologique de BUDAPEST de 1947 à 1957.

- L'étude de HUNTER JONES O. sur 1154 observations du CHARLOTTE MEMORIAL HOSPITAL intéressant 20 ans d'obstétrique de 1942 à 1962, rapportée en 1963 au 25e Congrès annuel de la "South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists".

- La publication en 1964 de O'LEARY J.A. et STEER Ch. du SLOANE HOSPITAL de NEW-YORK sur une série de 3412 césariennes en 10 ans de 1952 à 1961.

- Les publications des auteurs américains sur de grandes séries :

BRYANT en 1961

KLEIN en 1962

DOUGLAS en 1963

DILLON en 1964

THEIN et MAC SWEENEY en 1964.

- Le rapport à la Société Royale Belge de Gynécologie de FOBE, KETTING, DUPERROY et PIRAUX en 1965 sur 5000 cas de césariennes recueillies parmi les gynécologues accoucheurs de Belgique, des Pays-Bas et du Luxembourg de 1955 à 1960.

- La statistique de BRUNO, LEONE et MANNELLA sur 5 ans de césariennes à la clinique Obstétricale de Rome en 1966.

FREQUENCE DES CESARIENNES

684 césariennes sur 18.951 naissances à la Clinique Obstétricale du 1er Janvier 1958 au 31 décembre 1967, soit pour ces dix dernières années un pourcentage global moyen de 3,60 %.

Selon les statistiques actuelles des grandes séries françaises et étrangères, la moyenne de fréquence des césariennes varie entre 2 et 5 %. Nous noterons :

- 3,9 % pour TOULOUSE (Professeur GUILHEM) (1950-1953)
- 2,6 % pour BORDEAUX (Pr. RIVIERE) (1948-1957).
- 2 % pour GERNEZ et POIRET de LILLE (1930-1960)
- 1,75 % pour RICHON J. et SIMONIN J. DE NANCY (1944-1960).
- 2,6 % en BELGIQUE, aux PAYS-BAS et au LUXEMBOURG (1955-1960)
- 3,4 % pour MULLA et BATES en 1961.
- 8,34 % pour O'LEARY J. et STEER Ch. du Sloane Hospital de NEW-YORK. (1952-1961).
- 2 à 3 % pour la South Atlantic Association of Obstetricians and Gynecologists (1942-1962).
- 3,5 % à la Clinique Gynécologique de STRASBOURG (1958-1962).
- 2,6 % au rapport triennal de GRANDE-BRETAGNE en 1963.
- 3,7 % pour le Charlotte Memorial Hospital (1953-1963).
- 3,27 % pour la maternité Pellegrin de BORDEAUX (Pr. MAHON) (1954-1963).
- 2,90 % pour DILLON et collaborateurs de CHICAGO (1948-1963).

- 6,20 % pour THEIN et SWEENEY de BOSTON en 1964.
- 3,3 % pour JENSEN et AARO de la MAYO Clinic (1954 - 1964).
- 5 % à la maternité de Lariboisière pour MORIN et ABBOU (1966-1968).

Dans l'étude de ces pourcentages, nous devons tenir compte du recrutement bien spécifique de la Clinique Obstétricale : Dystociemécaniques, urgences obstétricales, grossesses pathologiques adressées par les médecins, les sages-femmes et les cliniques privées, au Centre Hospitalier, sont beaucoup plus nombreuses qu'en pratique courante.

Notre pourcentage de césariennes reste cependant comparable à ceux des autres centres hospitaliers et se classe parmi les moins élevés.

LE CONTEXTE ETIOLOGIQUE DE LA FEMME CESARISEE

I - LE MILIEU -

Sur 684 femmes césarisées, 678 sont de milieu connu dont :

- 330 de milieu rural soit 49 %
- 348 de milieu urbain, soit 51 %.

II - LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE.

Sur 684 voies hautes :

- 309 femmes ont été suivies à la consultation prénatale du Service.
- 375 femmes ont été hospitalisées en provenance de l'extérieur. Soit :
 - 45 % de nos césarisées sont surveillées durant leur grossesse à notre consultation.
 - 55 % de nos césarisées proviennent de l'extérieur.

III - L'AGE -

L'âge de nos opérées est précisé dans tous les cas. Nous avons classé les âges en 7 périodes :

- De 15 à 19 ans : 52 soit 7,6 %
- De 20 à 24 ans : 188 soit 27,4 %
- De 25 à 29 ans : 190 soit 27,7 %
- De 30 à 34 ans : 117 soit 17,1 %
- De 35 à 39 ans : 94 soit 13,7 %
- De 40 à 44 ans : 38 soit 5,5 %
- De 45 à 49 ans : 5 soit 0,7 %
- 7,6 % ont moins de 20 ans
- 55,1 % ont moins de 30 ans avec un maximum entre 25 et 29 ans.
- 37 % ont plus de 30 ans.

La fréquence maxima des césariennes s'échelonne entre 20 et 30 ans, correspondant à la période de fécondité la plus grande.

IV - LA TAILLE -

La taille est indiquée dans 407 observations :

- De 1,30 m à 1,39 m, 7 soit 1,7 %
- De 1,40 m à 1,49 m, 79 soit 19,4 %
- De 1,50 m à 1,60 m, 239 soit 58,7 %
- Plus de 1,60 m, 82 soit 20,1 %
- 21,1 % des femmes opérées mesurent moins de 1,50 m.
- 20,1 % dépassent 1,60 m
- 58,7 % mesurent entre 1,50 m et 1,60 m.

79,8 % de nos césarisées ont une taille inférieure à 1,60 m, ce qui confirme la fréquence de la césarienne chez les femmes de petite taille .

V - LA PARITE -

Sur 684 femmes :

- 334 soit 48,8 % sont des primipares
- 165 soit 24,1 % sont des secundipares
- 70 soit 10,2 % sont des troisièmepares
- 115 soit 16 % environ ont eu plus de deux accouchements dans leurs antécédents.

IV e	pare,	36	soit	5,20 %
V e	pare,	21	soit	3 %
VI e	pare,	23	soit	3,3 %
VII e	pare,	13	soit	1,8 %
VIII e	pare,	3	soit	0,4 %
IX e	pare,	9	soit	1,3 %
X e	pare,	6	soit	0,8 %
XI e	pare,	2	soit	0,2 %
XIII e	pare,	1	soit	0,1 %
XV e	pare,	1	soit	0,1 %

- Sur 5 000 cas en BELGIQUE, aux PAYS-BAS et au LUXEMBOURG, FOBE rapporte :

- 44 % de primipares, nous notons 44 % dans notre série.
- 45 % de femmes ayant eu 1 à 3 accouchements précédents, nous en relevons 39,5 % dans notre statistique.
- 10 % de femmes ayant eu 4 accouchements dans leurs antécédents, nous en rapportons 11 %.

Nos statistiques coïncident donc pour les primipares et les grandes multipares, mais notre nombre de césariennes a été moins importants chez les IIe, IIe et IVe pares.

GERNEZ et POIRET ont sur une série de 721 césariennes un pourcentage de primipares supérieur, 59 %.

VI - LE NOMBRE DE MOIS DE GROSSESSE -

- A terme, 548 soit 80 %
- Dans le 8 e mois, 97 soit 14 %
- Dans le 7 e mois, 4 soit 0,58 %
- Il s'agit de : 3 placenta praevia
1 éclampsie.
- Après terme, 35 soit 5 %.

VII - ANTECEDENTS OBSTETRICAUX ET GYNECOLOGIQUES.

1 - Antécédents obstétricaux :

- 334 femmes sont des I e pares soit 48,8 %
- 350 sont des multipares soit 51,2 %
- 157 ont déjà été césarisée soit 22,95 %
- 47 ont eu un forceps lors des grossesses précédentes soit 6,8 %
- 7 ont un périnée cicatriciel du à un accouchement précédent soit 1 %.

2 - Antécédents gynécologiques :

- 88 ont avorté une ou plusieurs fois soit 12,8 %.
- 7 ont été opérées pour grossesse extra-utérine, soit 1 %.
- 5 ont subi une ablation de kyste ovarien soit 0,73 %.
- 1 a eu une rétroversion utérine opérée pour traitement de stérilité.

VIII - SITUATION OBSTETRICALE DE LA FEMME .

1 - Moment de la césarienne :

- a) Césariennes prophylactiques, prévues avant tout début de travail : 207 soit 30,26 %.
- b) Césariennes effectuées en urgence : 119 soit 17,39 %
- c) Césariennes pratiquées en cours de travail : 358 soit 52,33 %

Travail sous perfusion d'ocytociques : 145 fois soit 40,5 % des femmes césarisées au cours du travail.

2 - Etat de la poche des eaux au moment de
l'intervention :

Poche des eaux intacte : 309 fois, soit 45,17 % des observations.

Poche des eaux rompue : 375 fois, soit 54,82 % des observations.

- avant l'hospitalisation : 117 fois.
 - dans le service : 258 fois.
 - spontanément : 203 fois.
 - artificiellement : 172 fois.
-

I N D I C A T I O N S

La classification des indications est difficile si l'on veut tenir compte de tous les facteurs à l'origine de l'intervention chirurgicale sans en oublier aucun.

L'intervention césarienne, dans la plupart des cas, dépend non pas d'une seule indication, comme le laisseraient supposer les statistiques, mais d'un ensemble d'indications, contexte obstétrical, bien spécifique de chaque observation.

L'analyse de nos dossiers montre que dans les 3/4 des cas, l'hystérotomie est décidée non pas pour une indication unique, mais pour plusieurs raisons.

Sur 684 observations de césariennes, nous trouvons :

- 168 fois seulement une indication unique soit dans 24,5 % des cas.
- 277 fois, deux indications soit dans 40,4 %
- 186 fois, trois indications, soit dans 27,1 %.
- 40 fois, 4 indications, soit dans 5,8 %
- 4 fois, 5 indications, soit dans 0,58 % des cas.

Dans certaines observations, l'indication majeure responsable de la césarienne est évidente, dans d'autres observations le choix de l'indication principale est délicat, dans d'autres cas enfin plusieurs causes limites qui à elles seules ne suffiraient pas, se trouvant réunies prennent la valeur d'une indication absolue.

Nous nous proposons de faire dans l'exposé de nos indications :

1 - Une étude analytique :

Nous envisagerons pour chaque indication :

- Sa fréquence par rapport au nombre total des indications, son indice de participation.

- Sa fréquence en tant qu'indication principale responsable de l'hystérotomie.

- Les circonstances obstétricales qui ont conduit à l'intervention.

- Les indications associées, leur importance respective.
- Les caractères spécifiques de chaque indication tant du point de vue maternel que foetal.

2 - Une étude synthétique : intéressant l'ensemble des indications.

- le nombre et le pourcentage des différentes indications par rapport au nombre total des observations.

- Le nombre et le pourcentage des indications principales, responsables de l'intervention césarienne.

- Les indications principales, en fonction du moment de la césarienne, telles qu'elles se présentent en pratique journalière à la Clinique Obstétricale.

ETUDE ANALYTIQUE

Nous distinguerons :

- Les indications obstétricales classiques.
- Les indications modernes de sécurité fœtale.
- Les indications dues aux maladies maternelles.

I - INDICATIONS OBSTETRIQUES CLASSIQUES :

A - DISPROPORTION FŒTO-PELVIENNE

- 1 - Dystocies pelviennes.
- 2 - Excès de volume fœtal.

B - PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

- 1 - Présentations transverses.
- 2 - Présentations du siège.
- 3 - Présentations céphaliques défléchies.
- 4 - Présentations occipito-postérieures.

C - DYSTOCIES DYNAMIQUES

D - UTERUS CICATRICIELS

- 1 - Cicatrices de césariennes.
- 2 - Cicatrices de myomectomies.

E - INSERTIONS BASSES DU PLACENTA

F - OBSTACLES PRAEVIA

G - PROCIDENCES DU CORDON

II - INDICATIONS MODERNES DE SECURITE FOETALE :

- A - SOUFFRANCE FOETALE
- B - GROSSESSE PROLONGEE
- C - DIABETE
- D - MALADIE HEMOLYTIQUE
- E - ENFANTS PRECIEUX

III - INDICATIONS PATHOLOGIQUES MATERNELLES :

- A - MALADIE GRAVIDIQUE
 - 1 - Toxémies gravidiques.
 - 2 - Eclampsies.
 - 3 - Apoplexies utéro-placentaires.
- B - MALADIES MATERNELLES NON GRAVIDIQUES

I - INDICATIONS OBSTETRIQUES CLASSIQUES

DISPROPORTION FOETO-PELVIENNE

Nous envisagerons successivement ses 2 causes :

- La dystocie pelvienne
- L'excès de volume du mobile foetal.

A - LA DYSTOCIE PELVIENNE :

Elle est rencontrée dans 306 observations soit dans 44,73 % des césariennes.

Dans 125 observations, l'hystérotomie est prévue avant le début du travail.

Dans 181 observations, elle a lieu après épreuve du travail.

I - INDICATIONS PROPHYLACTIQUES, CESARIENNES AVANT LE DÉBUT DU TRAVAIL :

125 soit 41 % des viciations pelviennes.

Nous distinguerons :

- Les bassins " très rétrécis " dits chirurgicaux.
- Les bassins " rétrécis limites " où l'intervention a lieu avant tout travail.

1 - Bassins " très rétrécis " : 91

- a) Bassins généralement rétrécis : 63 soit 69,2 % des bassins très rétrécis.

Ces 63 bassins généralement rétrécis se répartissent en :

- 41 bassins généralement rétrécis " purs "
- 2 bassins généralement rétrécis mais également canaliculés
- 2 bassins généralement rétrécis mais aussi asymétriques :
l'un oblique ovalaire.
l'autre asymétrique et porteur d'une symphyse inclinée.
- 18 bassins sont généralement rétrécis mais présentent en plus une symphyse horizontale.

Indications associées :

Dans 3 observations seulement, le bassin généralement rétréci représente l'indication unique (Obs. 1552-1964, 1153-1965, 1448-1965).

Dans 28 observations, il est associé à une indication.

Dans 28 observations, à 2 indications.

Dans 4 observations, à 3 indications.

Ces 96 indications complémentaires sont :

- 34 césariennes itératives, 23 premières, 10 secondes et une troisième.
- 18 gros fœtus
- 13 enfants précieux
- 10 présentations du siège
- 3 grossesses gémellaires
- 3 maladies gravidiques
- 3 présentations transverses
- 3 souffrances fœtales
- 2 procidences du cordon, 2 cardiopathies
- 1 placenta-*praevia*, 1 obstacle-*praevia*, 1 post-maturité, 2 néphropathies.

Le bassin généralement rétréci intervient dans 63 observations, 3 fois isolé, 60 fois associé à certaines circonstances obstétricales.

Dans ces 63 cas, il représente l'indication majeure de la césarienne, prévue, avant tout début de travail.

- b) Bassins transversalement rétrécis : 20 soit 21,9 % des bassins " très retrécis ".

Sur ces 20 bassins transversalement retrécis :

- 15 sont transversalement rétrécis seulement.
- 1 est transversalement rétréci mais également canaliculé.
- 4 sont transversalement rétrécis et porteurs d'une symphyse horizontale.

Ces 20 bassins transversalement rétrécis s'accompagnent :

- 13 fois, d'une indication complémentaire.
- 7 fois de 2 indications complémentaires.

Parmi ces 27 indications associées, nous trouvons :

- 13 césariennes itératives, 12 premières, 1 seconde.
- 6 gros foetus.
- 4 enfants précieux.
- 1 présentation transversale, 1 présentation du siège, 1 souffrance foetale, 1 post-maturité.

Aucune observation où le bassin transversalement rétréci est l'indication unique.

Dans ces 20 observations, le bassin transversalement rétréci représente l'indication principale de l'hystérotomie.

c) Bassins aplatis purs : un seul, soit 1,09 % des bassins " très rétrécis ".

- Obs. 162 - 1964 : IIe pare, 35 ans, 1,48 m, surveillée à la consultation, césarienne itérative première pour bassin aplati, promontoire à 10,5 cm. Enfant de 3700 g.

d) Bassins ilio-fémoraux doubles : 2, soit 2,19 % des bassins " très rétrécis ".

Ils sont tous les deux dus à une luxation congénitale de hanche :

- L'un, avec gros foetus (Obs. 1658-1965).
- L'autre, est également asymétrique par décalage du côté droit, aucune indication complémentaire (Obs. 2589-1966).

Tous deux représentent l'indication majeure de la césarienne.

e) Bassins asymétriques : 6, soit 6,5 % des " bassins très rétrécis ".

- 2 asymétriques uniquement :
 - l'un oblique ovalaire dû à une luxation congénitale de hanche droite (Obs. 2037-1964).
 - l'autre, post-traumatique, dû à une fracture du bassin : enfoncement du cotyle droit et disjonction de la symphyse pubienne. (Obs. 886 - 1967).
- 2 asymétriques et généralement rétrécis, déjà vu ci-dessus :
 - l'un oblique ovalaire et généralement rétréci (Obs. 1175 - 1960).

- l'autre, asymétrique, généralement rétréci et porteur d'une symphyse horizontale (Obs. 1448 - 1965).

- 1 asymétrique et canaliculé, post-traumatique par fracture du bassin, à l'origine d'un décalage des branches ischio-pubiennes, réalisant un bassin étroit à droite et normal à gauche. Ce bassin est également canaliculé : absence de concavité sacrée et faux promontoire. (Obs. 2527 - 1966).

- 1 asymétrique et ilio-fémoral double, déjà cité ci-dessus, dû à une luxation congénitale bilatérale de hanche avec décalage du côté droit (Obs. 2589-1966).

Sur ces 6 bassins asymétriques :

- 3 ne présentent aucune indication associée : (Obs. 1448-1965, 2589 et 2527-1966).

- 1 s'accompagne de 2 indications : une césarienne itérative première et une maladie gravidique (Obs. 1175-1960).

- Les 2 derniers, ont une seule indication associée une césarienne itérative seconde (Obs. 2037-1964), une présentation du siège (Obs. 886-1967).

Ces 6 bassins asymétriques sont tous des indications majeures, 3 sont déjà cités ci-dessus : 2 comme bassins généralement rétrécis, 1 comme bassin ilio-fémoral double.

f) Bassins canaliculés : 7 , soit 7,6 % des bassins très rétrécis :

- 2 canaliculés seulement sans autre viciation pelvienne (Obs. 1672-1959, 701-1967).

- 3 canaliculés mais aussi généralement rétrécis déjà enregistrés, l'un de ces 3 bassins est aussi rétréci au niveau du détroit inférieur et porteur d'une symphyse horizontale (Obs. 535-1960, 634-1962, 331-1967).

- 1 canaliculé et associé à un bassin transversalement rétréci déjà cité. (Obs. 1334-1958).

- 1 canaliculé et asymétrique post-traumatique également cité plus haut (Obs. 2527-1966).

Parmi ces 7 bassins canaliculés :

- 2 ne présentent aucune indication conjointe, l'un est canaliculé seulement, l'autre canaliculé asymétrique post-traumatique (Obs. 701-1967 et 2527-1966).

- 4 sont accompagnés d'une indication : une césarienne itérative seconde (Obs. 1672-1959), un gros fœtus (obs. 535-1960), un enfant précieux (Obs. 634-1962), une grossesse gémellaire (Obs. 331-1967).

- 1 a 2 indications associées : un gros fœtus et une césarienne itérative première (Obs. 1334-1958).

Ces bassins canaliculés représentent tous les 7, l'indication majeure, 5 associées à une autre viciation pelvienne sont déjà enregistrés.

2 - Bassins " rétrécis limites ".

Ces bassins pourraient être soumis à l'épreuve du travail et pourtant nous constatons dans nos observations que la césarienne est prévue, prophylactique.

Nous en relevons 32, soit 25,5 % des dystocies pelviennes opérées sans épreuve du travail.

Sur ces 32 bassins limites, nous notons :

- 7 bassins limites généralement rétrécis,
- 4 bassins limites transversalement rétrécis,
- 2 bassins limites aplatis,
- 19 bassins limites " non précisés ".

5 sont également porteurs d'une symphyse horizontale, associée une fois à un bassin transversalement rétréci limite et 4 fois à un bassin limite non précisé.

Ces 32 bassins limites sont tous accompagnés d'indications complémentaires :

- 19 fois, une seule indication
- 8 fois, 2 indications
- 5 fois, 3 indications.

Ces 50 indications associées se répartissent en :

- 20 césariennes itératives, 15 premières, 5 secondes,
- 8 gros fœtus
- 7 présentations du siège
- 6 enfants précieux
- 1 présentation du front, une post-maturité, une souffrance fœtale, une maladie hémolytique, une maladie gravidique, une fistule vésico-vaginale, un syndrome de pré-rupture, une psychopathie, une hypertension artérielle.

28 fois, la viciation pelvienne limite représente l'indication majeure, il s'agit :

- 5 fois d'un bassin limite généralement rétréci.
- 4 fois d'un bassin limite transversalement rétréci
- 2 fois d'un bassin limite aplati
- 17 fois d'un bassin limite non précisé.

3 - " Symphyses horizontales ".

Ces symphyses horizontales ont été surtout étudiées par BRAULT et DUBOIS. Elles réalisent la " barrure " du bassin, les " vulves barrées " des anciens auteurs. L'inclinaison de la symphyse est telle que ses faces antérieure et postérieure deviennent à des degrés divers, des faces inférieure et supérieure. La présentation bute ainsi sur la symphyse ce qui rend l'engagement difficile.

Ces symphyses inclinées réalisent des indications d'appoint, complémentaires des viciations pelviennes majeures, déjà décrites ou d'autres indications d'hystérotomie associées.

Nous ne trouvons pas, dans nos observations, de césariennes prophylactiques pour symphyse horizontale seulement.

Nous colligeons 29 symphyses inclinées sur les 125 indications de césariennes prophylactiques pour dystocie pelvienne soit 23,2 % des bassins opérés sans épreuve du travail.

Ces 29 symphyses horizontales sont dans 27 observations associées à des viciations pelviennes majeures déjà décrites :

- 17 fois, elles accompagnent un bassin généralement rétréci,
- 1 fois, un bassin généralement rétréci et canaliculé,
- 4 fois, un bassin transversalement rétréci,
- 1 fois, un bassin transversalement rétréci limite,
- 4 fois, un bassin limite non précisé.

Dans 2 observations, la symphyse horizontale constitue la seule viciation pelvienne mais dans l'une elle est associée à une présentation du siège décomplété (Obs. 1405-1963), dans l'autre, à une présentation du siège décomplété et à un enfant précieux. (Obs. 485-1965). Dans ces 2 cas, la présentation pelvienne représente l'indication majeure.

Dans ces 29 observations de symphyse horizontale celle-ci est associée :

- 13 fois à une seule indication complémentaire,
- 13 fois, à 2 indications,
- 1 fois, à 3 indications,
- 2 fois, aucune indication complémentaire mais la symphyse basse accompagne une dystocie pelvienne majeure : bassin généralement rétréci (Obs. 1153-1965), bassin généralement rétréci et asymétrique (Obs. 1448-1965).

Les indications associées aux symphyses horizontales ont déjà été vues au cours de l'étude des césariennes prophylactiques pour viciation pelvienne majeure.

II - INDICATIONS DE CESARIENNE AU COURS DU TRAVAIL :

Ce ne sont que des " bassins limites ".

L'intervention est décidée après mise à l'essai du bassin.

Nous relevons 181 " bassins limites " où le travail est tenté soit 59 % des dystocies pelviennes.

Dans ces bassins limites soumis à l'épreuve du travail nous distinguons :

1 - Des bassins limites généralement rétrécis : 56 sur 181, soit 30,9 %.

Sur ces 56 bassins limites généralement rétrécis:

- 2 sont également asymétriques :

l'un oblique ovalaire (Obs. 1544-1960)

l'autre asymétrique par luxation congénitale de hanche et porteur d'une symphyse horizontale (Obs. 633-1966).

- 1 est généralement rétréci, atteint d'une symphyse inclinée chez une femme scoliotique et boiteuse (Obs. 2114-1966).

- 12 sont généralement rétrécis et porteurs d'une symphyse horizontale.

- 41 sont des bassins limites généralement rétrécis seulement.

Rôle de ces bassins dans l'indication d'hystérotomie.

- 14 fois, ils ne présentent aucune indication associée.
- 23 fois, une seule indication,
- 15 fois, deux indications,

- 3 fois, 3 indications,
- 1 fois, 4 indications.

Parmi ces indications associées, nous trouvons :

- une majorité de présentations dystociques : 16, 6 sièges, une face, un bregma, 8 sommets en occipito-postérieur
- 15 gros fœtus.
- 12 dystocies fonctionnelles à l'origine de l'arrêt du travail.
- 9 souffrances fœtales qui ont mis terme à l'épreuve du travail.
- 5 césariennes itératives, toutes premières, ayant fait arrêter l'épreuve.
- 4 enfants précieux.
- 2 maladies gravidiques.
- 1 post-maturité, une cardiopathie, une grossesse gémellaire.
- 50 fois, ces bassins limites généralement rétrécis représentent l'indication majeure de l'hystérotomie.

2 - Des bassins limites transversalement rétrécis :
52 sur 181, soit $28,7\%$ des bassins limites mis à l'épreuve.

Sur ces 52 bassins limites transversalement rétrécis :

- 36 sont transversalement rétrécis seulement.
- 16 ont une symphyse inclinée.

Indications associées :

Un seul bassin limite transversalement rétréci ne présente aucune indication conjointe.

- 24 sont associés à une indication.
- 22 sont associés à 2 indications.
- 4 sont associés à 3 indications.
- 1 est associé à 4 indications.

Parmi ces indications, nous trouvons :

- Une majorité de dystocies fonctionnelles : 27 à l'origine de l'arrêt du travail.
- 15 gros fœtus.
- 15 présentations dystociques : 6 sièges, 1 front, 8 sommets en occipito-postérieur.
- 9 souffrances fœtales ayant fait interrompre l'épreuve du travail.

- 6 césariennes itératives, toutes premières ayant fait craindre une rupture.
- 6 enfants précieux.
- 3 postmaturités où le déclenchement a échoué.
- Une éclampsie, une maladie gravidique, un vagin étri-
qué.

44 fois, ces bassins limites transversalement rétrécis sont l'indication principale de l'hystérotomie.

3 - Des bassins limites aplatis : 12 sur 681 soit 6,6%
des bassins limites soumis à l'épreuve du travail :

- 8 sont associés à des symphyses horizontales.
- 4 sont aplatis limites seulement.

Sur ces 12 bassins limites aplatis :

- 3 représentent l'indication unique.
- 5 ont une indication conjointe.
- 4 ont 2 indications.

Parmi ces indications, nous trouvons :

- 4 césariennes itératives, toutes premières.
- 3 souffrances foetales ayant fait cesser le travail.
- 2 gros foetus.
- 2 dystocies fonctionnelles.
- Un enfant précieux. Une occipito-postérieure en O.I.D.P.
- 10 bassins limites aplatis représentent l'indication ma-
jeure de l'hystérotomie.

4 - Des bassins limites asymétriques : 3 soit 1,7 %
des bassins limites en cours de travail :

- 2 ont déjà été cités avec les bassins limites générale-
ment rétrécis, 2 malformations pelviennes étant associées, l'un
est oblique ovalaire, l'autre, dû à une luxation congénitale de han-
che et porteur également d'une symphyse inclinée.

- le 3e est oblique ovalaire; l'asymétrie est dûe à une in-
tervention chirurgicale sur la hanche droite. (Obs. 2164 - 1965).

L'un ne s'accompagne d'aucune indication complémentaire,
il s'agit du bassin asymétrique et généralement rétréci à symphyse
horizontale chez une femme atteinte d'une luxation congénitale de
hanche.

Le second a une indication associée.

Le 3e, 2 indications associées. Ces indications sont une présentation de face, un sommet en O.I.D.P., une hypertension artérielle.

2 bassins limites asymétriques constituent l'indication principale mais ils ont déjà été enregistrés dans les bassins limites généralement rétrécis.

5 - Un bassin de ROBERT limite :

- Obs. 2720 - 1967 : Africaine, primipare, 20 ans, 1,60 m, surveillée à la consultation, sinus sacro-iliaques très fermés, diamètre promonto-sous-pubien à 11 cm, lignes innommées suivies sur toute leur longueur, sacrum en hameçon. La pelvimétrie confirme l'examen clinique. Rupture prématurée des membranes depuis 2 h. On tente une brève épreuve du travail, arrêtée par l'apparition d'une souffrance foetale. Enregistré comme indication majeure.

6 - Bassin limite canaliculé : un seul déjà cité plus haut, car associé à un bassin transversalement rétréci (Obs : 1015 - 1963) : échec d'une épreuve du travail de 10 h. sur une présentation en O.I.D.P. mal fléchie, une crise d'éclampsie survient avec une tension artérielle maxima à 24 puis un coma post-critique.

L'indication majeure retenue est la crise d'éclampsie.

7 - Bassins limites rétrécis au détroit moyen : 3

L'un déjà enregistré car associé à un bassin limite transversalement rétréci : Obs. 829 - 1963 : épines sciatiques saillantes, rétrécissement confirmé par la pelvimétrie. Une souffrance foetale survient au cours du travail, l'enfant est précieux, le terme dépassé de 15 jours.

- 2e bassin limite rétréci au détroit moyen (Obs. 1465 - 1960) : épines sciatiques saillantes. Enfant précieux, épreuve du travail de 8 h., hypertonie utérine et anomalie de dilatation font décider l'hystérotomie.

- Le 3e (Obs. 2000-1964) : bassin limite rétréci au détroit moyen avec symphyse basse. Enfant précieux. Echec d'une épreuve du travail de 5 h., échec d'un forceps d'essai sur une présentation en O.I.G.A.

Ces 3 bassins limites rétrécis au détroit moyen sont notés dans les indications majeures, le 1er déjà enregistré dans les bassins limites transversalement rétrécis.

8 - Bassins limites rétrécis au détroit inférieur : 2.

- Obs. 2145 - 1963 : Echec d'un forceps d'essai sur une O.I.D.P. après une épreuve du travail de 8 h. La pelvimétrie confirme le rétrécissement du détroit inférieur, la symphyse est très horizontale.

- Obs. 1547 - 1967 : bassin " en entonnoir " limite, un enfant mort-né après un travail long lors de l'accouchement précédent. Périnée cicatriciel. Echec d'une épreuve du travail de 2 h.

Ces 2 bassins limites rétrécis au détroit inférieur font partie des indications majeures.

9 - Bassins limites non précisés :

13 fois, le type de dystocie pelvienne n'est noté que sous le titre de " bassin limite ".

5 de ces bassins présentent une anomalie d'obliquité de la symphyse pubienne.

- un bassin limite ne présente aucune autre indication associée (Obs. 851 - 1964).

- 5 bassins limites ont une indication complémentaire.
- 4, 2 indications.
- 3, 3 indications.

Parmi ces indications associées, nous remarquons :

- 4 césariennes itératives, toutes premières.
- 4 dystocies fonctionnelles.
- 3 gros fœtus.
- 3 présentations du siège.
- 3 enfants postmatures .
- 2 présentations en occipito-postérieur .
- 2 souffrances fœtales.
- 1 enfant précieux.

Ces 13 bassins limites sont considérés comme indication majeure.

10 - Bassins limites à symphyse horizontale :

88 symphyses inclinées sur 181 observations de dystocies pelviennes avec épreuve du travail, soit 48,6 % des bassins limites en cours de travail.

Sur ces 88 symphyses horizontales, 46 sont associées à une autre viciation pelvienne déjà étudiée; il s'agit de :

- Bassins limites transversalement rétrécis : 16.
- Bassins limites généralement rétrécis : 14.
- Bassins limites aplatis : 8.
- Bassins limites non précisés : 5.
- Bassin asymétrique limite : 1.
- Bassin rétréci au détroit moyen limite : 1.
- Bassin limite rétréci au détroit inférieur : 1.

42 bassins limites ne présentent aucune autre viciation pelvienne que la symphyse inclinée sur l'horizontale mais ils s'accompagnent d'autres indications :

- 13 fois, une indication.
- 22 fois, 2 indications .
- 6 fois, 3 indications .
- 1 fois, 4 indications .

Dans ces indications, nous trouvons :

- une majorité de dystocies fonctionnelles : 27.
- 12 gros foetus.
- 8 présentations du siège.
- 5 souffrances foetales.
- 5 enfants post-matures.
- 4 césariennes itératives, toutes premières.
- 4 enfants précieux.
- 4 O.I.D.P., 2 O.I.G.P., 1 O.I.G.T., 1 O.I.D.T.
- 2 présentations du bregma.
- 1 obstacle praevia, une maladie gravidique, une hypertension artérielle, une hernie hiatale.

Dans 10 cas seulement, la viciation pelvienne par symphyse horizontale intervient comme indication majeure de l'hystérotomie.

En conclusion :

Le tableau n° 2 nous donne les différents types de dystocies pelviennes rencontrées dans notre série de césariennes :

DYSTOCIES PELVIENNES -----

	INDICATIONS TOTALES	INDICATIONS PRINCIPALES
I - CESARIENNES PROPHYLACTIQUES		
W = 0		
I - " Bassins " très rétrécis "		
- B. généralement rétrécis	63	63
- B. transversalement rétrécis	20	20
- B. aplatis	1	1
- B. ilio-fémoraux doubles	2	2
- B. asymétriques	3	3
- B. canaliculés	2	2
TOTAL	91	91
2 - " Bassins limites "		
- B.L. généralement rétrécis	7	5
- B.L. transversalement rétrécis	4	4
- B.L. aplatis	2	2
- B.L. non précisés	19	17
TOTAL	32	28
3 - <u>Symphyses horizontales</u>	2	0
II - CESARIENNES AU COURS DU TRAVAIL		
Bassins " limites "		
- B.L. généralement rétrécis	56	50
- B.L. transversalement rétrécis	52	44
- B.L. aplatis	12	10
- B.L. asymétriques	1	0
- Bassin de Robert	1	1
- B.L. rétréci au détroit moyen	2	2
- B.L. retréci au détroit inférieur	2	2
- B.L. non précisés	13	13
- B.L. à symphyse inclinée sur l'horizontale		
	181	132
TOTAL	306	251

306 observations soit une participation de 44,73 %, dans 251 observations la dystocie pelvienne représente l'indication majeure soit 36,69 % des indications principales.

Sur les 306 dystocies pelviennes, il s'agit :

- 91 fois, soit dans 29,7 % des cas, d'un bassin très rétréci d'indication absolue. La césarienne est prophylactique.
- 215 fois, soit dans 70,2 % des cas d'un bassin limite.
 - 34 fois, la césarienne est prophylactique, la viciation représente l'indication principale 28 fois.
 - 181 fois, l'épreuve du travail est tentée, la viciation pelvienne représente l'indication principale 132 fois.

Le tableau n° 3 nous donne les indications associées aux dystocies pelviennes et leurs pourcentages d'une part pour les césariennes prophylactiques, d'autre part, pour les césariennes après épreuve du travail.

Sur 125 césariennes prévues, 8 dystocies pelviennes ne présentent aucune indication associée, soit 6,4 % d'interventions prophylactiques pour viciation pelvienne uniquement.

Sur 181 césariennes au cours du travail, 19 dystocies pelviennes ne présentent aucune indication associée soit 10,4 % de bassins limites opérés au cours du travail pour dystocie pelvienne uniquement.

Comparons les indications associées aux dystocies pelviennes, dans les césariennes prophylactiques, et dans les césariennes au cours du travail :

Nous constatons :

- un nombre très important d'itérations dans les césariennes prophylactiques pour dystocies pelviennes :

- 70 soit 56 % des femmes opérées avant le début de leur travail :
 - 51 ont une seule césarienne dans leurs antécédents
 - 18, 2 césariennes
 - 1, 3 césariennes.
- 23 soit 12,7 % seulement des femmes opérées au cours du travail, ont déjà subi une intervention césarienne et une seule.

INDICATIONS ASSOCIEES AUX DYSTOCIES PELVIENNES

	Césariennes Prophylactiques Nombre de bassins : 125			Césariennes en cours de W Nombre de bassins : 181		
		Nb.	%		Nb.	%
Césariennes		51C2				
Itératives		70 18C3 1C4	56 %		23 C2	12,7 %
Excès de Volume Foetal		33	26,4 %		47	25,9 %
Dystocie Fonctionnelle		0			73	40,3 %
Présentations	Sièges	21		Sièges	23	
	Transverses	4		Face	1	
	Face	0	20,8 %	Front	1	15,4 %
Dystociques	Front	1		Bregma	3	
				O.I.D.P	17	
Sommets en				O.I.D.T.	3	29 dont 7
Occ. Post .				O.I.G.P.	7	
				O.I.G.T.	1	Défléchies
				O. Sacrée	1	
Souffrances Foetales		5	4 %		29	16 %
Urgences	P. Praevia	1		Eclampsie	1	
Obstétricales	Obst. Praevia	2		Obs. Praevia	3	
	Proc. Cordon	2				
Enfants Précieux		24	19,2 %		20	11 %
Postmaturités		3			12	6,6 %
	M. Gravidiques	4		M. Gravidiques	4	
Maladies	H. T. A.	1		Cardiopathies	1	
	Cardiopathies	2		H. Hiatale	1	
Maternelles	Néphropathie	1		Néphropathie	1	
	M. Hémolyti .	1				
	Psychopathie	1				
Grossesses Gémellaires		4			1	

T A B L E A U N° 3

- chez 73 parturientes, soit chez 40,3 % des femmes opérées au cours du travail survient une dystocie fonctionnelle.

- les gros fœtus sont en nombre à peu près égal dans les césariennes prophylactiques : 33 soit 26,4 % et dans les césariennes au cours du travail : 47 soit 25,9 %.

- de même, les présentations dystociques :

- 27 soit 21,6 % avant travail

- 28 soit 15,4 % au cours du travail.

- 16 % de souffrances fœtales surviennent dans les dystocies pelviennes soumises à l'épreuve du travail, 4 % seulement dans les césariennes prophylactiques.

- les urgences obstétricales associées aux dystocies pelviennes sont plus nombreuses dans les césariennes effectuées avant tout début de travail.

- Les enfants précieux sont plus nombreux dans les césariennes prophylactiques, 19,2 % que dans les césariennes au cours du travail : 11 %.

- dans les postmaturités, une tentative de déclenchement est faite dans les 4/5èmes des cas.

- les maladies maternelles sont plus fréquentes dans les césariennes prévues que dans les césariennes pratiquées au cours du travail.

B - L'EXCES DE VOLUME FOËTAL :

Dans la disproportion fœto-pelvienne, interviennent dans certains cas, non seulement la dystocie osseuse pelvienne, que nous venons d'étudier, mais aussi l'excès de volume du mobile fœtal.

Dans certaines observations, les gros fœtus sont seuls responsables de la dystocie dans des bassins de dimensions apparemment normales, aucune anomalie pelvienne n'étant mentionnée.

Nous relevons 141 gros fœtus soit 20,61 % de participation aux indications totales.

Dans 49 observations, la disproportion fœto-pelvienne par excès de volume fœtal intervient comme indication principale de l'hystérotomie soit 7,16 %, dans 2 de ces observations coexiste une hydrocéphalie.

Sur le plan clinique :

Dans les 141 observations, la disproportion fœto-pelvienne est appréciée sur :

- La hauteur utérine qui est :
 - 78 fois de 33 à 35 cm.
 - 51 fois, de 36 à 40 cm.
 - 7 fois, de 41 à 45 cm.
 - 1 fois, de 46 cm.
- La taille de la femme qui est :
 - 2 fois, de 1,30 à 1,39 m.
 - 22 fois, de 1,40 à 1,49 m.
 - 51 fois, de 1,50 à 1,60 m.
 - 20 fois, supérieure à 1,60 m.

L'excès de volume fœtal est confirmé par le poids de l'enfant qui pèse :

- 30 fois, de 3 000 à 3 500 g.
- 66 fois, de 3 600 à 4 000 g.
- 33 fois, de 4 100 à 4 500 g.
- 10 fois, de 4 600 à 5 000 g.
- 1 fois, 6 600 g.

Ces chiffres ratifient l'indication de disproportion fœto-pelvienne par excès de volume fœtal rencontrée dans nos 141 observations.

Indications associées :

1 - Dans 4 cas seulement, l'excès de volume fœtal est seul à l'origine de la voie haute, soit 0,58 % de nos indications ce qui est négligeable. (Obs. 933-1965, 647-1966, 1255-1966, 742-1967).

2 - Dans 137 observations, la disproportion fœto pelvienne par excès de volume fœtal s'accompagne d'autres indications.

- a) Dans 80 observations, soit dans 56,7 %, il existe une viciation pelvienne associée à l'excès de volume fœtal :

La césarienne est décidée :

- 33 fois sans épreuve du travail :
 - 25 fois, pour des bassins très rétrécis, chirurgicaux.
 - 8 fois, pour des bassins limites.

- 47 fois, une épreuve du travail est tentée :
 - 35 fois, pour des bassins limites.
 - 12 fois, pour des bassins porteurs d'une symphyse horizontale.

Ces excès de volume foetal sont associés :-

- Dans 15 cas, à la viciation pelvienne seulement,
- Dans 47 cas, à 2 indications,
- Dans 17 cas, à 3 indications,
- Dans 1 cas, à 5 indications.

Parmi les indications associées, chez les 80 femmes portant un gros fœtus et atteinte d'une viciation pelvienne, nous notons :

- 21 césariennes itératives, 18 premières, 3 secondes.
- 15 dystocias fonctionnelles, responsables de l'échec de l'épreuve du travail.
- 10 enfants précieux, absolument désirés.
- 10 présentations dystociques : 8 sièges, 2 transverses.
- 8 souffrances fœtales.
- 7 sommets en présentation occipito-postérieure.
- 4 postmaturités .
- 3 obstacles-praevia.
- 1 syndrome de prérupture, un placenta-praevia, un col cicatriciel, une maladie hémolytique, une maladie gravidique.
- un enfant est hydrocéphale (Obs. 1383-1959), un autre dolichocéphale (Obs. 2640-1967).

b) Les disproportions fœto-pelviennes par excès de volume foetal sans dystocie osseuse : 57 cas soit 40,4 % des observations :

L'excès de volume foetal s'accompagne :

- D'une seule indication, 22 fois.
- De 2 indications, 28 fois.
- De 3 indications, 7 fois.

Dans ces indications, nous relevons :

- 27 dystocias fonctionnelles.
- 17 souffrances fœtales, ce qui est important.
- 11 enfants précieux.
- 9 césariennes itératives seulement.
- 9 présentations dystociques : 7 sièges, un front, un bregma.

- 7 sommets en occipito-postérieur .
- 4 postmaturités..
- 4 obstacles praevia.
- 3 maladies gravidiques.
- 2 diabètes, 2 hydramnios (Obs. 2678-1965 et 1426-1967).
- 1 maladie hémolytique, une psychopathie

2 enfants sont hydrocéphales (Obs. 2220-1964, et 2330-1967).

Obs. 2220 - 1964 .

II pare - 33 ans - A terme - Hospitalisée en début de travail - Présentation céphalique. Hydrocéphalie confirmée par la radiographie. Dilatation stationnaire à 4 cm -Hypersystolie utérine faisant craindre une rupture. On renonce à la voie basse. Césarienne segmento-corporéale. . Cranioclasie nécessaire pour extraire la tête fœtale.

Obs. 2330 - 1967 .

I pare - 20 ans. A terme. Hydrocéphalie confirmée radiologiquement - Disproportion foeto-pelvienne. Epreuve du travail de 12 heures:hypertonie utérine,dilatation stationnaire à 2 cm. Perforation du crâne fœtal pour essayer d'obtenir une réduction du pôle céphalique, traction continue sur la tête fœtale. La dilatation reste incomplète. On recourt à la voie haute.

Sur ces 61 observations de gros fœtus sans dystocie pelvienne conjointe, l'épreuve du travail est tentée 50 fois, la césarienne est faite avant tout travail 11 fois.

En conclusion :

La disproportion foeto-pelvienne intervient dans 367 observations :

- 306 fois, comme dystocie pelvienne.
- 61 fois, comme excès de volume fœtal sans dystocie pelvienne.

Les 80 cas de gros fœtus siégeant dans des bassins retrécis sont comptés dans les 306 observations de viciations pelviennes.

La disproportion foeto-pelvienne représente dans notre série de 684 observations, 53,67 % des indications totales et 43,85 % des indications principales de l'intervention césarienne.

Notre pourcentage est voisin de celui donné dans les grandes statistiques récentes :

- 45,2 % pour les auteurs Belges
- 50 % pour THEIN et Mac SWEENEY
- 50 % pour GERNEZ et POIRET
- 50,4 % pour WATERS
- 53 % pour RICHON et SIMONIN
- 53,9 % pour D'ESOPO
- 55 % pour JENSEN et AARO.

D'autres auteurs ont des pourcentages inférieurs:

- 21,5 % pour HALL
- 22,3 % pour POSNER
- 28 % pour JONES.

Mais, ces derniers pourcentages correspondent uniquement aux dystocies pelviennes pour lesquelles notre chiffre est de 36,69 %.

PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

A - PRESENTATIONS TRANSVERSALES.

64 colligées dans le Service, 51 opérées, soit 79,6 % :

- 51 fois, elles interviennent dans les indications de césariennes, soit 7,45 %.
- 37 fois comme indications majeures soit 5,40 %.
- 16 sur 51 sont décelées à notre consultation prénatale.
- 14 césariennes sont prévues.
- 37 sont effectuées en urgence.

Elles se répartissent en :

- 34 présentations transverses
- 14 présentations de l'épaule
- 3 présentations de l'épaule négligée.

Les femmes opérées pour présentation transversale sont :

- des femmes âgées :
 - 34 sur 51 ont plus de 30 ans.
 - 17 seulement ont moins de 30 ans, la plus jeune âgée de 18 ans est une primipare présentant un hydramnios considérable avec une hauteur utérine à 42 cm (observation 155-1961).
- de grandes multipares pour la plupart :
 - 40 sur 51 ont déjà accouché de 2 enfants ou plus (III, IV, V, VI, VIII, X, XI pares).
 - 7 secondipares
 - 4 primipares seulement :
 - l'une âgée de 18 ans déjà citée (obs. 155-1961)
 - la seconde âgée de 25 ans a un bassin généralement rétréci et un gros fœtus de 3 500 g (obs. 414-1963)

la troisième âgée de 21 ans est césarisée en urgence à 7 mois 1/2 de grossesse pour métrorragies abondantes dues à un placenta praevia central (obs. 1 506-1965).

la quatrième, âgée de 23 ans ne présente aucune cause apparente (obs. 819-1965).

L'intervention césarienne est pratiquée :

- dans 21 cas sur 51 avant le 9 e mois.
- dans 29 cas le 9 e mois est atteint.
- Un cas est postmature.

Quant aux fœtus, ils sont au nombre de 52, une grossesse étant gémellaire avec le premier enfant en transverse.

- 24 ont un poids inférieur ou égal à 3 kg.
- 28 ont un poids supérieur à 3 kg.

Ce sont donc pour la plupart de gros enfants, 5 seulement ont un poids inférieur ou égal à 2 kg.

La laparotomie a permis de découvrir :

- 2 malformations utérines responsables de la présentation dystocique :
 - un utérus cordiforme avec ébauche fundique de cloisonnement médian (obs. 1 618-1958)
 - un utérus bicorne en cœur de carte à jouer chez une 3 e pare ayant accouché la 1 ère fois d'un siège et césarisée, la 2 e et 3 e fois pour une présentation transverse (obs. 1 757 - 1964).
- 3 utérus fibromateux.

Ces 51 césariennes pour présentation transverse sont effectuées :

- 36 fois avant le début du travail
- 15 fois en cours de travail.

Etudions successivement ces 2 sortes de cas :

I - CESARIENNES AVANT LE DEBUT DU TRAVAIL :

Sur 36 observations :

- 14 césariennes sont prévues prophylactiques, les femmes dépistées à notre consultation, hospitalisées et opérées à date fixée.

- 22 césariennes sont faites en urgence, l'examen décèle une présentation transverse lors de l'hospitalisation, associée le plus souvent, à une indication d'urgence : placenta praevia, rupture prématurée des membranes, procidence du cordon, souffrance fœtale.

Dans ces 36 observations :

- 14 fois la poche des eaux est rompue prématurément.
- 22 fois elle est intacte.
- 6 fois, des versions par manoeuvres externes, après hospitalisation, repos au lit, traitement antispasmodique, échouent et font recourir à l'hystérotomie.

Dans ces 36 observations de césariennes, effectuées avant le début du travail, on distingue :

- 29 présentations transversales.
- 7 présentations de l'épaule.

Ces présentations transverses :

- dans 13 cas, sont isolées sans indication conjointe.
- dans 14 cas, associées à une indication complémentaire.
- dans 8 cas, à 2 indications.
- dans 1 cas, à 3 indications.

Ces indications sont :

dans 15 observations d'extrême urgence :

- Insertion basse du placenta, dans 10 cas, soit dans les 2/3 des cas.
- Procidence du cordon, dans 2 cas.
- Souffrance fœtale dans 3 cas.

dans 18 observations moins urgentes, il s'agit de :

- 4 bassins rétrécis où l'indication est absolue :
 - 3 bassins généralement rétrécis
 - 1 bassin transversalement rétréci.
- 2 gros fœtus associés à une viciation pelvienne déjà citée.
- 4 césariennes itératives :
 - 3 premières
 - 1 seconde.
- Les autres indications complémentaires sont :
 - 2 enfants précieux,
 - 2 iso-immunisations fœto-maternelles.
 - 1 grossesse gémellaire avec le 1er enfant en transverse
 - 2 cardiopathies graves.
 - 1 maladie gravidique avec hypertension artérielle.

II - CESARIENNES AU COURS DU TRAVAIL : 15

Le travail est déclenché, l'accouchement ne peut se faire par voie basse, la césarienne est pratiquée en urgence.

Sur ces 15 cas opérés en urgence :

- 9 ne présentent aucune indication associée.
- 5, une indication.
- 1, 2 indications.

Ces indications se répartissent en :

- 2 procidences du cordon
- 2 souffrances foetales
- 2 hypertonies utérines faisant craindre la rupture
- 1 césarienne itérative première.

Ces 15 césariennes, effectuées en urgence, au cours du travail intéressent :

- 5 présentations transverses,
- 7 présentations de l'épaule
- 3 présentations de l'épaule négligée :

Obs. 192-1962 : IIIe pare, âgée de 29 ans, hospitalisée en urgence en travail, après 15 heures de rupture des membranes. Le T.V. perçoit un membre procident à travers le col dilaté à 5 cm. L'utérus hypertonique est moulé sur le fœtus. La césarienne extrait une fille de 3 000 g., réanimée, présentant des lésions cutanées au niveau du creux sus-claviculaire et de l'épaule gauches ; suites maternelles et foetales simples.

Obs. 565-1962 : IVe pare âgée de 27 ans, hospitalisée en travail en urgence après 4 h de rupture de la poche des eaux. Le T.V. découvre un coude dans le vagin, le col est dilaté à 5 cm. L'utérus est tonique, moulé sur la présentation, les bruits du cœur fœtal sont assourdis. Il y a fibrinolyse peropératoire traitée et maîtrisée. L'enfant réanimé, pèse 3 120 g., les suites foetales et maternelles sont normales.

Obs. 917-1963 : IIIe pare de 25 ans, hospitalisée en urgence, en travail, après 12 heures de rupture de poche des eaux, un bras est procident dans le vagin. On extrait par césarienne une fille de 2 400 g. criant dès sa naissance, suites foetales et maternelles sans incident.

Sur ces 15 présentations transverses chez des femmes en travail :

- Dans 8 cas, le début du travail date de moins de 6 h.
- Dans 7 cas, il date de 6 à 12 h.

Les membranes sont intactes 4 fois .

Elles sont rompues 11 fois :

- 7 fois avant l'arrivée dans le service
- 4 fois en milieu obstétrical :
 - 7 fois depuis moins de 6 heures
 - 3 fois de 6 à 12 heures
 - 1 fois depuis plus de 12 heures.

Nous notons 8 procidences de membres dans le vagin :

- 6 fois un bras,
- 2 fois un pied.

3 fois une procidence du cordon accompagne la procidence d'un membre.

Au point de vue foetal, sur 52 enfants en présentation transverse, une grossesse étant gémellaire :

- 44 ont vécu,
- 8 sont morts. Soit une mortalité périnatale de 15,3 %.
 - 2 morts-nés.
 - 2 morts de prématurité au 3^e jour.
 - 2 morts de prématurité et d'anémie consécutives à un placenta-*prævia* hémorragique.
 - 2 après exsanguino-transfusion pour ictère hémolytique.

B - PRESENTATIONS DU SIEGE -

93 interventions césariennes sur 801 présentations pelviennes, soit 11,6 % des présentations du siège accouchées par voie haute.

Comparativement, voici les pourcentages de :

- PIGEAUD : 7,1 %
- BURGER : 7,1 %
- JAROUSSE et LERAT : 12 %
- DAICHMANN : 13,3 %
- LACOMME et LELORIER : 14,8 %
- ROUCHY et GROSIEUX : 20,1 %
- TOOD et STEER : 23 %.

La présentation du siège intervient 93 fois, soit dans 13,59 % de nos observations de césariennes, dans 57 observations, soit dans 8,33 % des cas, elle représente l'indication majeure.

Sur ces 93 femmes :

- 61 sont des primipares.
- 32 des multipares.

Parmi les primipares :

- 48 ont moins de 30 ans, 13 plus de 30 ans.

Parmi les multipares :

- 17 ont moins de 30 ans, 15 ont plus de 30 ans.

Quant à la variété des sièges :

- 34 sont des sièges complets.
- 59 sont des sièges décomplétés.

L'intervention césarienne a eu lieu :

- Dans 62 cas, soit dans 66,6 % des cas à terme.
- Dans 7 cas soit 7,5 % après terme.
- Dans 24 cas, soit dans 25,8 % avant terme :
 - 4 fois dans le 8^e mois.
 - 20 fois dans le 9^e mois.

La présentation du siège ne constitue pas à elle seule une indication de césarienne comme l'ont proposé certains auteurs américains, comme WRIGHT en 1959. Mais, lorsque cette présentation pelvienne survient dans certaines conditions obstétricales, la voie haute n'est pas discutée : un bassin rétréci, un utérus cicatriciel, un gros fœtus, une dystocie dynamique, et toutes les circonstances qui font craindre une difficulté dans le déroulement du travail et de l'accouchement sont autant d'indications d'hystérotomie dans les présentations pelviennes.

L'étude de nos observations montre qu'il existe souvent, non seulement une, mais plusieurs indications associées à la présentation du siège, causes quelquefois minimes qui ne suffiraient pas à elles seules à faire décider de la voie haute mais qui, réunies, prennent la valeur d'une indication absolue.

Dans ces présentations pelviennes, la césarienne est décidée dans 2 circonstances :

- soit avant le début du travail.
- soit au cours du travail.

I - 47 PRESENTATIONS DU SIEGE SONT OPEREES AVANT LE DEBUT DU TRAVAIL, soit 50,5 % des cas :

- 32 sont des césariennes prophylactiques prévues à l'avance ainsi 32 fois seulement, sur 801 présentations du siège, nous avons décidé de pratiquer " à froid " une hystérotomie, soit 3,9 % seulement de césariennes prophylactiques.

- 15 césariennes sont effectuées en urgence, 8 fois les membranes sont rompues.

Parmi ces 47 présentations pelviennes, opérées avant le début du travail :

- 19 ont une seule indication complémentaire.
- 19 ont 2 indications complémentaires.
- 8 ont 3 indications complémentaires.
- 1 observation a 5 indications complémentaires.

Quelles sont ces indications associées ?

- D'abord des indications absolues :

- 21 fois, une dystocie osseuse qui ne permet pas une épreuve du travail.
- 7 fois, un excès de volume fœtal avec disproportion fœto-pelvienne.
- 10 fois, un utérus cicatriciel :
 - 9 césariennes itératives, 7 fois premières, 2 fois secondes.
 - 1 cicatrice de myomectomie.
- 4 fois une insertion basse du placenta.
- 2 fois, un obstacle praevia :
 - 1 tumeur maligne du colon sigmoïde
 - 1 périnée cicatriciel.
- 2 fois un col cicatriciel.
- 1 dolichocéphalie et une tumeur de la région cervicale.
- 3 procidences du cordon dont 1 associée à une procidence d'une main, après 12 heures de rupture de la poche des eaux (obs. 1531-1963).
- Une souffrance fœtale.

- Ensuite des indications relatives : mais qui nous ont conduits à l'intervention chirurgicale :

- 8 ruptures prématurées, intempestives des membranes
- 16 enfants précieux, désirés absolument.
- 3 postmaturités où une tentative de déclenchement, un travail inefficace ont été redoutés.

- Enfin, des circonstances favorisantes :

- 2 tuberculoses pulmonaires avec insuffisance respiratoire dont une associée à une hernie hiatale.
- 1 grossesse gémellaire avec le 1er jumeau en siège.
- 1 dysgravidie.
- 1 hypertension artérielle essentielle.
- 1 iso-immunisation fœto-maternelle.

II - 46 PRESENTATIONS DU SIEGE SONT OPEREES EN COURS DE TRAVAIL, soit 49,5 % des cas.

15 sont opérées en urgence.

Ce travail dure :

- 19 fois, moins de 6 heures.
- 23 fois, de 6 à 12 heures.
- 4 fois, plus de 12 heures.

Dans 15 cas, des ocytociques sont utilisés.

Les membranes sont intactes dans 14 observations, rompues dans 22, 13 fois à l'extérieur, 19 fois dans notre service.

Ces membranes sont rompues 7 fois seulement artificiellement, 25 fois spontanément.

- Dans 10 observations, la rupture date de moins de 6 heures.
- Dans 14 observations, de 6 à 12 heures.
- Dans 8 observations, depuis plus de 12 heures.

Quelles sont les indications qui ont fait arrêter le travail et choisir la voie haute ?

- Dans 23 cas, une dystocie dynamique, survenue 15 fois après rupture prématurée des membranes se manifestant:
 - 19 fois par une anomalie de dilatation cervicale.
 - 5 fois par un œdème du col.
 - 5 fois par une hyposystolie et une inertie utérine.
 - 4 fois par une hypertonie utérine.
- Dans les autres cas il s'agit d'une anomalie passée inaperçue :
 - 23 fois est signalée une dystocie osseuse, bassin limite ne permettant pas de poursuivre la tentative d'accouchement par voie basse.
 - 8 fois, un excès de volume fœtal.
 - 6 fois, un enfant précieux.
 - 5 fois, la survenue d'une souffrance fœtale.
 - 3 fois, une postmaturité, une insertion basse du placenta, un utérus cicatriciel, une césarienne itérative première.
 - 2 fois, un col cicatriciel.
 - 1 fois un obstacle praevia, une cardiopathie.

Dans ces 46 observations de césariennes en cours de travail :

- 20 fois, une seule indication.
- 18 fois, 2 indications.
- 8 fois, 3 indications, sont associées à la présentation du siège.

L'étude du moment de l'intervention césarienne dans nos présentations du siège nous montre que celle-ci est pratiquée dans la moitié des cas (47 cas) avant le début du travail, dans l'autre moitié (46), au cours du travail.

Pour KNIGHT, et O'CONNEL, pour GRANJON, l'intervention césarienne dans les présentations du siège est pratiquée dans 1/3 des cas d'emblée et systématiquement, dans 2/3 des cas secondairement au cours du travail.

- Au point de vue pronostic foetal :

Sur 94 enfants, une grossesse étant gémellaire :

- 9 pèsent 4 kg et plus.

- 48, plus de 3 kg.

- 24, 3 kg et moins.

- 13 seulement sont des prématurés de moins de 2 500 g.

- 90 sont vivants :

68 crient immédiatement

22 sont réanimés.

- 4 sont morts :

un de 1 100 g avec placenta-*prae*vias

un de 1 200 g avec placenta *prae*vias

un avec procidence du cordon

un atteint d'anasarque foeto-placentaire mort 3 heures après sa naissance, présentant aussi une tumeur cervicale.

Soit une mortalité périnatale de 4,2 %.

DEFFARGES dans sa thèse sur 500 présentations du siège à la Clinique Obstétricale insiste sur la nécessité d'élargir les indications de césariennes, non seulement chez la primipare âgée, mais aussi chez la multipare âgée, surtout si la hauteur utérine permet de prévoir un gros foetus.

GRANJON nous demande dans les présentations du siège de : " Préférer les statistiques où le nombre de césariennes est un peu élevé, et la mortalité foetale réduite, à celles où le pourcentage de césarienne est minime aux dépens d'une morbidité et d'une mortalité foetale élevée ".

Ce même auteur pense que 20 % des infirmes psychomoteurs sont des enfants nés en présentation du siège.

C - PRESENTATIONS CEPHALIQUES DEFLECHIES -

I - DEFLEXION DES 3/3 : Présentations de la Face.

- 4 césariennes en 10 ans sur 56 présentations de la face soit 7,1 % opérées.

Elles représentent 0,58 % des indications et sont dans chaque cas, la cause principale de l'intervention.

Obs. 449-1959 -

Primipare de 30 ans surveillée à notre consultation, à terme. Epreuve du travail de 9 heures avec ocytociques. La dilatation est complète. La présentation est une face en mento-iliaque droite postérieure qui ne progresse pas après plus d'une heure d'efforts de la parturiente. L'utérus est hypertonique, moulé sur la présentation. La césarienne, décidée pour menace d'enclavement et risques de rupture utérine. On extrait un enfant de 3 300 g qui crie immédiatement.

Obs. 108-1960 -

III^e e pare de 31 ans, hospitalisée en urgence au cours du travail, après plus de 48 h de rupture spontanée des membranes à son domicile. Il s'agit d'une face enclavée en mento-postérieure, la dilatation est à petite paume. Le liquide amniotique est purulent. L'hystérotomie permet d'extraire un enfant de 3 600 g qui crie dès sa naissance. Les suites maternelles sont fébriles.

Obs. 1544-1960 -

Primipare de 20 ans, au bassin limite asymétrique, oblique ovalaire, en travail depuis 8 heures en milieu obstétrical, après 5 heures de rupture artificielle de la poche des eaux. Le type de présentation de la face n'est pas précisé. L'enfant crie immédiatement et pèse 3 300 g.

Obs. 397 - 1965 :

Primipare de 25 ans, présentation de la face en mento-iliaque droite postérieure, après 8 heures de travail et 6 heures de rupture de la poche des eaux. L'apparition d'une souffrance fœtale : liquide qui se teinte et bruits du cœur fœtal arythmiques, font recourir à la césarienne qui permet d'extraire un garçon de 3 070 g né étonné, réanimé durant 3 mn, évoluant ensuite normalement.

Nous constatons que :

- 3 faces sont des mento postérieures, la 4 e n'est pas précisée.

- La décision d'intervention est posée, dans les 4 cas, après un délai de travail long, supérieur à 8 h pour :

- un enclavement en mento-postérieure chez une femme ayant tenté d'accoucher à domicile.
- une menace d'enclavement avec hypertonie utérine, risque de rupture.
- une souffrance fœtale.
- un bassin asymétrique limite, où l'on a tenté l'épreuve du travail.

Les enfants ont tous un poids supérieur à 3 kg.

II - DEFLEXION DES 2/3 : Présentations du Front.

- 12 soit 1,75 % des césariennes et 0,06 % des accouchements, ce sont toutes des indications principales :

- 5 femmes suivies à notre consultation.
- 7 hospitalisées sans l'avoir été.
 - 9 grossesses à terme
 - 2 dans le 8 e mois
 - 1 ayant dépassé le terme de 8 jours.

4 primipares, 8 multipares.

7 femmes âgées de moins de 24 ans, 5 âgées de plus de 30 ans.

13 fœtus, une grossesse étant gémellaire, ils sont de gros volume en général :

- 8 de plus de 3 kg
- 4 de poids égal ou inférieur à 3 kg.
- 1 enfant mort-né non pesé.

Toutes les femmes sont en travail lorsque la décision opératoire est prise :

- 8 fois, la durée du travail est inférieure à 10 h. chez :
 - 2 primipares
 - 6 multipares.
- 3 fois, elle est comprise entre 10 h et 20 h. chez :
 - 1 primipare
 - 2 multipares.

Les membranes sont rompues dans tous les cas sauf un :

- 6 fois, depuis moins de 6 heures.
- 4 fois, de 6 à 12 heures.
- 1 fois depuis plus de 12 heures.

Nous relevons un seul cas de présentation du front, opéré en tout début de travail, avant la rupture des membranes :

Obs. 1278-1967 -

Primipare de 20 ans à terme, suivie à la consultation, présentant un bassin limite généralement rétréci, hospitalisée dès les premières douleurs. Le T.V. découvre à travers une dilatation à 3 cm une présentation céphalique défléchie en stade de front en naso-iliaque droite postérieure. La césarienne est décidée sans tenter l'épreuve du travail. Extraction difficile au forceps de PAJOT d'un garçon de 3 300 g. qui crie immédiatement.

C'est le cas unique de présentation défléchie au stade de front, opérée sans épreuve du travail.

Ces présentations du front sont :

- dans 3 cas des N.I.G.A.
- dans 2 cas, des N.I.D.P.
- 7 cas ne sont pas précisés.

Pouvons-nous parler d'indications associées dans les présentations du front ?

Présentation dystociques par excellence, elles suffisent à elles-seules à faire décider de la voie haute :

- dans 5 observations, elles sont isolées.
- dans les autres cas, elles s'accompagnent d'indications qui sont soit :

- peut-être à l'origine de la présentation dystocique;
comme :

2 bassins rétrécis limite, l'un transversalement, l'autre généralement rétréci.

1 grossesse gémellaire avec le 1er jumeau en front.

1 gros fœtus.

1 césarienne itérative première.

- Soit des conséquences de la présentation du front :

- 1 procidence du cordon
- 2 souffrances fœtales
- 1 anomalie de la dilatation.

- Soit des indications intercurrentes, sans rapport avec la présentation et pesant peu dans la décision opératoire :

- une postmaturité
- une cardiopathie
- une maladie gravidique tardive.

Dans tous les cas, la présentation du front, est à elle seule la cause responsable de l'hystérotomie.

Dans ces observations, nous remarquerons :

- 2 cas d'hypersystolie utérine.
 - l'un (obs. 1221-1963) avec ascension et amincissement du segment inférieur en sablier après 4 h.1. de travail seulement sur une N.I.G.A. chez une IV^e e pare de 30 ans.
 - l'autre, (obs. 1667-1963) pour N.I.G.A. en travail depuis 8 heures.

- 1 présentation de la face (N.I.G.A.) fléchie en front au cours du travail (obs. 347-1964).

- 2 extractions difficiles dues à un début d'enclavement (obs. 1521-1962) et (obs. 1278-1967).

Ces césariennes pour présentation du front ont mis au monde 12 enfants vivants, dont 2 jumeaux, 6 ayant crié immédiatement, 6 réanimés, aux suites immédiates normales, un mort-né dont l'autopsie permit de découvrir une malformation cardiaque.

III - DEFLEXION DE 1/3 : Présentations du Bregma.

9 soit 1,31 % des césariennes et 0,04 % des accouchements Elles sont toutes des indications principales. Ce sont des présentations du sommet qui ne se fléchissent pas ou se défléchissent pendant le travail. La grande fontanelle est perçue au centre de la dilatation.

Sur ces 9 présentations du Bregma :

- 7 femmes sont au terme de leur grossesse.
- 1 est à 8 mois 1/2.
- 1 a dépassé le 9^e mois.

- Ce sont des femmes jeunes, 7 ont moins de 30 ans, 2 ont juste dépassé les 30 ans.

- 7 sont des primipares.

Le temps d'attente, la durée du travail écoulé avant la césarienne est importante :

- 4 fois, elle est inférieure à 10 heures.

- 5 fois, comprise entre 10 et 20 heures.

Au bout de ce long travail, la présentation ne s'est pas fléchie, la grande fontanelle est toujours au centre de la dilatation.

Les membranes sont rompues :

- 4 fois, depuis moins de 6 heures

- 3 fois, de 6 à 12 heures.

- 1 fois, depuis 4 jours (obs. 812-1965).

Les enfants sont gros :

- 7 égalent ou dépassent 3 kgs

- 2 ont un poids compris entre 2 500 g et 3 000 g.

Les 9 enfants extraits sont vivants :

- 4 crient immédiatement

- 5 sont réanimés.

L'étude des indications associées aux présentations du Bregma est intéressante :

- la dystocie fonctionnelle est très fréquemment associée 7 fois sur 9:

- 7 fois, la dilatation cervicale est stationnaire.

- 2 fois, le col s'oedématie.

- 2 fois, les contractions utérines sont inefficaces.

- 1 fois, l'utérus est au contraire hypertonique et ne se relâche pas.

- 3 viciations pelviennes

- 1 excès de volume fœtal.

- 1 césarienne itérative première.

- 1 souffrance fœtale.

- 1 périnée cicatriciel.

- 1 postmaturité.

IV - DEFLEXION DE MOINS DE 1/3 : Présentations Occipito-Postérieures Défléchies

12, soit 1,75 % des indications totales.

3 fois, indication majeure de l'intervention, soit 0,43 %.

La dystocie par présentation occipito-postérieure défléchie est plus fréquente chez la primipare que chez la multipare : 9 primipares pour 3 multipares.

Le temps d'attente avant la décision opératoire est long, une épreuve du travail prolongée, dirigée, aidée par des ocytociques, des antispasmodiques, tente d'obtenir une issue par voie basse. Toutes ces femmes présentant des occipito-postérieures défléchies, sont en travail depuis un temps long.

La durée du travail est :

- chez la primipare : 4 fois inférieure à 10 heures.
5 fois comprise entre 10 et 20 heures.
- chez la multipare : 2 fois inférieure à 10 heures.
1 fois comprise entre 10 et 20 heures.

Tous ces cas sont impurs, les membranes sont rompues :

- 4 fois depuis moins de 6 heures.
- 7 fois depuis 6 à 12 heures.
- 1 fois depuis plus de 12 heures.

Ces occipito-postérieures défléchies se répartissent en :

- 6 O.I.D.P.
- 3 O.I.G.P.
- 2 O.I.D.T.
- 1 O.I.G.T.

Dans 3 cas, la variété postérieure défléchie est considérée comme responsable de l'intervention césarienne. Aucune cause de dystocie mécanique n'est signalée dans l'observation :

Obs. 110-1965 -

Primipare de 25 ans, échec de 7 heures d'épreuve du travail variété O.I.G.P. défléchie, échec d'un forceps d'essai.

Obs. 953-1965 -

Primipare de 20 ans, épreuve du travail de 5 heures, O.I.G.T. défléchie, apparition d'une souffrance fœtale, échec d'un forceps d'essai.

Obs. 2483-1966 -

Primipare de 28 ans, grossesse gémellaire, premier jumeau en O.I.D.P. défléchie, après 16 heures d'épreuve du travail, utérus qui se relâche mal, disparition d'un foyer de bruits du cœur fœtal.

Dans les 9 autres observations, l'indication majeure n'est pas la variété postérieure mais une viciation pelvienne, un excès de volume foetal, ou un accident pathologique intercurrent. Ainsi, nous relevons :

- Dans les 5 O.I.D.P. défléchies :
 - 5 fois un gros foetus
 - 3 fois, une viciation pelvienne
 - 2 fois, une dystocie fonctionnelle
 - 1 crise d'éclampsie survenant après un long travail.
- Dans les 2 O.I.G.P. défléchies :
 - 2 fois une viciation pelvienne
 - 1 fois une maladie gravidique.
- Dans les 2 O.I.D.T. défléchies :
 - 2 fois, une viciation pelvienne.

Dans 5 cas, à dilatation complète, sur présentation engagée, une tentative de forceps, dit forceps d'essai, est faite en milieu chirurgical, échoue et est suivie immédiatement par l'intervention chirurgicale:

- 3 fois sur des O.I.D.P. défléchies
- 1 fois sur une O.I.G.P. défléchie
- 1 fois sur une O.I.G.T. défléchie.

Ces occipito-postérieures défléchies, comme toutes les occipito-postérieures que nous envisagerons dans le chapitre suivant, sont parmi les indications de césariennes, celles qui causent le plus d'ennuis.

L'espoir d'une issue par voie basse persiste longtemps, l'épreuve du travail est de ce fait prolongée, une dystocie dynamique peut survenir, des manoeuvres instrumentales sont tentées, la présentation est souvent engagée, si ce n'est enclavée, ce qui rend l'extraction du foetus difficile.

Parmi ces complications, nous relevons :

- un utérus en sablier, sur une O.I.D.P., mal fléchiée après 10 h. d'épreuve du travail. (Obs. 1015 - 1963).
- un segment inférieur très aminci avec une déhiscence musculaire, rupture localisée segmentaire après 10 h. de travail sur une O.I.D.P. défléchie. (Obs. 2670 - 1965).
- une déchirure transversale de part et d'autre de l'incision segmentaire verticale lors de l'extraction d'une O.I.D.T. défléchie. (Obs. 1767 - 1962).

- une déchirure postero-latérale gauche du segment inférieur due à une tentative de forceps sur une O.I.D.P. mal fléchie (Obs. 1825-1962).

L'extraction de la tête fœtale engagée est souvent difficile et périlleuse, dans 2 cas, nous préférons agrandir l'incision segmentaire verticale en segmento-corporéale et extraire le fœtus par le siège:

- Obs. 1125-1966 : O.I.D.P. défléchie, engagée, échec du forceps d'essai.

- Obs. 117-1967 : O.I.D.P. défléchie, engagée, échec du forceps d'essai.

D - PRESENTATIONS DU SOMMET OCCIPITO-POSTERIEURES NON DEFLECHIES :

Rencontrées dans 40 césariennes, pratiquées après épreuve du travail et rupture de la poche des eaux, soit 5,84 % de participation globale.

Dans 10 cas, elles sont l'indication majeure de la voie haute, soit 1,46 %.

Il s'agit le plus souvent de primipares : 29 primipares, 11 multipares.

Les membranes sont rompues depuis un laps de temps important surtout chez la primipare :

- 4 fois depuis plus de 12 heures.
- 17 fois entre 6 et 12 heures.
- 19 fois depuis moins de 6 heures.

Tous les cas sont donc impurs.

L'épreuve du travail est longue, elle dure :

- 24 fois moins de 10 heures.
- 15 fois de 10 à 20 heures.
- 1 fois plus de 20 heures.

Dans 18 cas sur 40, des ocytociques sont utilisés.

Ces occipito-postérieures comprennent :

- 25 O.I.D.P.
- 9 O.I.G.P.
- 2 O.I.G.T.
- 2 O.I.D.T.
- 2 occipito-sacrées.

Les indications complémentaires :

- Les 25 O.I.D.P. sont associées :
 - 14 fois à des viciations pelviennes, toutes limites en cours de travail.
 - 6 fois à des gros fœtus.
 - 16 fois survient une dystocie fonctionnelle :
 - contractions utérines irrégulières et inefficaces, inertie utérine : 7 cas.
 - hypertonie utérine : 3 cas.
 - anomalie de dilatation : 10 cas.
 - œdème du col : 2 cas.
 - 5 fois, une souffrance fœtale fait interrompre l'épreuve du travail.
 - 1 fois, une procidence du cordon.

Les autres indications sont des associations pesant peu dans la décision opératoire puisqu'une tentative d'accouchement par voie basse est tentée.

- Les 9 O.I.G.P. sont associées :
 - 5 fois à des bassins limites.
 - 2 fois à des gros fœtus.
 - 4 fois survient une dystocie fonctionnelle:
 - 2 cas d'hypertonie utérine
 - 2 cas d'inertie utérine
 - 2 cas d'anomalie de la dilatation.
 - 5 fois, une souffrance fœtale, proportion importante sur les 9 cas d'O.I.G.P.
- Les 2 O.I.D.T. s'accompagnent :
 - 1 fois d'une viciation pelvienne
 - 1 fois d'une anomalie de la dilatation avec œdème du col.
 - 1 fois d'une souffrance fœtale.

- Les 2 O.I.G.T. sont associées à une viciation pelvienne limite, une hypertonie utérine avec anomalie de la dilatation et œdème cervical, une césarienne itérative première et une souffrance fœtale.

- Les 2 occipito-sacrées sont :
 - l'une une O.I.D.P. qui a tenté de s'engager en occipito-sacrée (obs. 2608-1966).
 - l'autre, un fœtus de 3.480 g engagé en occipito-sacrée dans un bassin transversalement rétréci limite (obs. 1769-1962).

Dans 10 observations, nous considérons la variété postérieure comme indication majeure de l'intervention césarienne, aucune autre cause responsable n'étant décelée, il s'agit de :

- 7 O.I.D.P.
- 3 O.I.G.P.

Ces présentations occipito-postérieures sont de mauvais cas :

- Le travail est long.
- Les membranes sont rompues depuis longtemps
- Les touchers et les manœuvres sont fréquents : nous relevons 10 tentatives de forceps, en milieu chirurgical, en temps préopératoire, à dilatation complète et sur présentation engagée. 10 forceps d'essai sur 40 cas de présentation occipito-postérieures soit 1 fois sur 4, nous avons été tentés de vouloir à tout prix l'accouchement par voie basse. Ces tentatives d'extraction instrumentale sont effectuées :

- 7 fois sur des O.I.D.P.
- 2 fois sur des O.I.G.P.
- 1 fois sur une occipito-sacrée.

- L'extraction de la tête foetale engagée à travers l'incision utérine s'est révélée difficile dans 9 cas :

- 6 fois pour des O.I.D.P.
- 2 fois pour des O.I.G.P.
- 1 fois pour une occipito-sacrée.

Dans 1 cas l'extraction de la tête à travers l'incision utérine a nécessité l'emploi du forceps de PAJOT (obs. 896-1967).

Dans 3 cas, l'incision du segment inférieur, s'est prolongée, le muscle s'est déchiré lors de l'extraction de la tête (obs. 2480-1966 - 2320-1967 - 2918 -1967).

Dans l'observation 1200-1965, l'extraction difficile à travers une incision transversale d'une tête en O.I.G.P. engagée dans un bassin limite est responsable d'une brèche vésicale.

Dans 2 cas, obs. 340-1967 et 462-1967, nous avons préféré agrandir l'incision segmentaire verticale en corporeale et extraire le fœtus par le siège.

Nous notons deux cas de rupture utérine :

- Obs. 852-1959 : Ve pare de 46 ans, présentant une O.I. D.P. avec gros fœtus; les 4 accouchements précédents sont normaux, une épreuve du travail est tentée; à la 6ème heure apparaît une souffrance fœtale, un forceps d'essai échoue. La laparotomie fait découvrir une rupture utérine segmento-corporéale imposant une hystérectomie subtotale.

- Obs. 1620-1962 : II e pare césarisée 5 ans plus tôt pour présentation du siège, présentation en O.I.G.T. après 4 heures de travail, dilatation stationnaire à 5 cm, col oedématié, utérus hypertonique, douleurs de la cicatrice, césarienne en urgence qui permet de découvrir une désunion complète de la cicatrice transverse précédente.

Les présentations occipito-postérieures qui laissent longtemps espérer une issue par voie basse, qui font prolonger l'épreuve du travail et tenter, parfois même, l'extraction instrumentale, sont de mauvais cas de césariennes, réservant le plus de difficultés techniques.

DYSTOCIES DYNAMIQUES

Les dystocies fonctionnelles, pures, isolées, définies comme des troubles de la dynamique utérine, sans cause organique responsable décelable, représentent actuellement des indications rares de césariennes.

Le travail, surveillé en milieu obstétrical, dirigé, aidé par l'utilisation judicieuse des ocytociques, des anti-spasmodiques, des neuroleptiques, aboutit dans la plupart des cas à l'accouchement par voie basse.

Nous relevons dans notre statistique seulement 33 dystocies dynamiques pures responsables de l'hystérotomie, soit 4,82 %.

Ce pourcentage est comparable à ceux publiés ces dernières années en France et à l'étranger dans les grandes statistiques :

- 2,6 % pour JONES
- 3,7 % pour RICHON et SIMONIN
- 5,9 % pour GERNEZ et POIRET
- 6,3 % pour JENSEN et AARO
- 7 % pour DE COSTA
- 9 % pour BRYANT.

Cette dystocie fonctionnelle pure se rencontre surtout :

- chez des femmes jeunes : 26 sur 33 ont moins de 30 ans
- chez des primipares : 25 sont des primipares de moins de 30 ans, 3 des primipares âgées de plus de 30 ans. 4 sont de grandes multipares (3 VII^e pares, une X^e pare). Une seule est une secondipare :

Obs. 2156-1965 -

Il e pare ayant accouché normalement d'un enfant de 2 500 g 3 ans plus tôt. A terme, en travail depuis 11 heures, les membranes sont rompues artificiellement depuis 8 heures. Il existe une dyscinésie cervicale irréductible malgré de fortes doses d'antispasmodiques intra-veineux. Le col est épais, rigide, très oedématié sur sa lèvre antérieure, la dilatation stagne à 3 cm. Après 11 heures de travail, on extrait par césarienne un enfant de 3 150 g criant dès la naissance.

- 27 de ces grossesses sont à terme
- 5 dans le 8ème mois.
- 1 seule dans le 7ème mois.

Au moment de la césarienne :

- 20 femmes sont en travail depuis 6 à 12 heures
- 5 femmes de 12 à 18 heures
- 4 femmes de 18 à 24 heures.

La décision de voie haute est donc portée dans tous les cas après une longue période de travail :

- 3 femmes seulement sont en travail depuis moins de 6 heures, l'intervention est pratiquée en urgence pour apparition d'une souffrance fœtale.

Obs. 130-1959 -

Primipare de 23 ans, ayant rompu prématurément la poche des eaux à son domicile depuis 14 heures. La dilatation est stationnaire, il existe un oedème cervical important. Après 4 heures de travail en milieu obstétrical, un liquide amniotique qui se teinte, des bruits du cœur fœtaux arythmiques font décider une césarienne en urgence. On extrait un enfant de 3 800 g qui crie immédiatement.

Obs. 1217-1965 -

Primipare de 19 ans à terme, ayant rompu ses membranes avant l'hospitalisation depuis 7 heures, en travail à la maternité depuis 5 heures, la dilatation ne progresse pas. La survenue d'un liquide teinté et la modification des bruits du cœur fœtal font décider de la voie haute qui permet d'extraire un enfant de 3 kg. criant dès sa naissance.

Obs. 1547-1965.-

Primipare de 17 ans, enceinte de 8 mois 1/2, ayant rompu ses membranes avant son arrivée à l'hôpital depuis 5 heures. En travail depuis 4 heures. L'utérus est hypertonique, se relâche mal entre les contractions. Celles-ci sont très rapprochées les

unes des autres. Les bruits du cœur foetal se modifient. La césarienne permet d'extraire un garçon de 3 125 g endormi qu'on doit réanimer quelques minutes.

Dans ces 3 cas, où la césarienne est décidée avant la 6ème heure, il s'agit de primipares jeunes, ayant rompu prématurément leurs membranes, l'apparition d'une souffrance foetale fait recourir à la voie haute.

Dans un cas, le travail dure depuis plus de 24 heures :

Obs. 1088-1964 -

VIIe pare de 32 ans, ayant accouché 6 fois normalement en 11 ans. En travail depuis 36 heures, à son domicile, la poche des eaux est rompue depuis 24 heures. Les contractions utérines sont inefficaces, les ocytociques intra-veineux sans action, le col rigide, épais, oedématié, résistant aux antispasmodiques. On extrait par césarienne un garçon de 3 850 g qui doit être réanimé.

L'état des membranes :

- 9 fois les membranes sont rompues depuis moins de 6 heures.
- 13 fois, de 6 à 12 heures.
- 8 fois de 12 à 24 heures.
- 2 fois, depuis plus de 24 heures.

Nous notons 10 fois sur 33 une rupture prématurée de la poche des eaux qui peut être à l'origine des troubles de la dynamique utérine.

Une seule fois, la poche des eaux est intacte :

Obs. 279-1964 -

VIIe pare IXe geste de 44 ans, à terme, ayant accouché 6 fois normalement en 20 ans. En travail depuis 6 heures sans ocytociques, le col est rigide, extrêmement dur, long, fermé, suspect de lésion organique. L'utérus tonique, se relâchant mal entre les contractions, fait craindre une prérupture. La laparotomie découvre un utérus dur, infiltré, aussi rigide que le col, le segment inférieur est oedématié et dur. L'enfant de 3 700 g né en état de mort apparente, respirant après un quart d'heure de réanimation, présente dans les suites immédiates des convulsions et un état d'hypertonie. L'évolution ultérieure est normale. La biopsie du col ne montre aucun signe de néoplasie, simplement un aspect inflammatoire, aucune lésion organique.

Les troubles de l'activité utérine :

On ne peut isoler les viciations de la contraction utérine des anomalies de la dilatation, l'une et l'autre forment un tout, tout trouble de la contraction retentit sur la dilatation, tout défaut de dilatation entraîne des modifications de la contractilité utérine.

Cependant, faute d'enregistrement graphique, l'étude clinique de nos observations nous permet de distinguer :

- des cas où l'anomalie des contractions utérines prédomine soit par hypertonie, soit par inertie.
- Des cas où la dilatation est traînante et stationnaire malgré des contractions utérines apparemment bonnes et fréquentes, un relâchement utérin satisfaisant.
- Des cas où anomalie de dilatation et troubles de la contractilité utérine sont tous deux apparents.
- Sur nos 33 observations de dystocies fonctionnelles pures sans obstacle décelé lors de l'examen clinique, nous relevons :

- 4 cas d'anomalies de contractions pures :

- 2 cas d'hypocinésie de grande multipare, ne réagissant pas aux perfusions d'ocytociques.
l'une chez une VII^e pare de 41 ans ayant rompu ses membranes depuis 5 heures et en travail depuis 6 heures à domicile (obs. 1991-1963).
l'autre chez une X^e pare de 31 ans présentant une inertie utérine après 19 heures de travail et 24 heures de rupture des membranes (obs. 414-1964).
- 2 cas d'hypertonie utérine
l'une chez une primipare de 17 ans ayant rompu prématurément ses membranes (obs. 1547-1965).
l'autre chez une primipare de 22 ans en travail depuis 6 heures, la poche des eaux étant rompue artificiellement depuis 2 heures.

Dans ces deux cas d'hypertonie nous notons la survenue d'une souffrance fœtale.

- 15 cas d'anomalies de la dilatation avec des contractions utérines apparemment normales en fréquence et en intensité. Parmi ces 15 cas de dilatation stationnaire, nous retiendrons :

- Un col " à orifice externe cerclé de fil de fer " (obs. 1911-1963) : dilatation ne dépassant pas 4 cm, résistant aux antispasmodiques chez une primipare de 23 ans
 - Une dystocie cervicale avec col rigide, œdématisé, ne réagissant pas aux antispasmodiques, après 36 heures de travail et 24 heures de rupture de poche des eaux chez une VIIe pare de 32 ans (obs. 1088-1964).
 - 6 œdèmes du col.
- 14 cas où l'anomalie de dilatation est associée à une anomalie apparente des contractions utérine se manifestant :
- 10 fois par une hypertonie et un utérus se relâchant mal entre les contractions.
 - 5 fois par une hypocinésie et même une inertie utérine.
 - 3 fois par une dyscinésie, contractions irrégulières, inefficaces, avec hypocinésie et mauvais relâchement utérin entre les contractions.
 - 13 fois, la dilatation est traînante, stationnaire, on note encore là un cas de " col cerclé de fil de fer " obs. 254-1963 : chez une primipare de 21 ans à terme en travail depuis 16 heures, ayant rompu spontanément depuis 7 heures, le col est "cerclé de fil de fer", la dilatation ne dépasse pas 1 à 2 cm malgré des doses importantes d'antispasmodiques. L'utérus est hypertonique, se relâche mal entre les contractions utérines. La césarienne extrait une fille de 3 840 g criant dès sa naissance.
- Par ailleurs, nous notons :
- 2 œdèmes du col.
 - Un col long fermé, rigide, dur, suspect de lésion organique non confirmée par la biopsie, obs. déjà citée (obs. 279-1964).

Dans ces anomalies de contractions utérines, associées à une anomalie de dilatation, nous remarquons un syndrome de DEMELIN : Obs. 1139-1958 : Primipare de 22 ans, à terme, en travail depuis 8 heures, ayant rompu ses membranes depuis 5 heures. Utérus en sablier avec anneau de contracture localisé en sa partie moyenne. Les contractions utérines sont espacées, peu intenses, anarchiques. La portion isthmique semble se contracter avant le fond. L'utérus est très tonique entre les contractions, ne se relâche pas. Le col est épais, la dilatation stationnaire à 3 cm. La césarienne permet d'extraire une fille de 3 kg réanimée durant 15 mn.

En conclusion, ces dystocies dynamiques pures, rares indications de nos césariennes, se rencontrent surtout chez les primipares jeunes, plus rarement chez les grandes multipares, ayant rompu souvent leur poche des eaux prématurément. L'indication de césarienne est portée après un travail long, dirigé, surveillé en milieu obstétrical.

Dans 9 cas sur 33, soit dans près de 1/3 des cas, l'indication d'hystérotomie est posée pour apparition d'une souffrance foetale qui vient interrompre l'épreuve du travail.

Dans 15 cas, soit dans près de la moitié des cas, il s'agit d'une anomalie de la dilatation apparemment isolée sans trouble des contractions utérines, bien que la dilatation soit le reflet d'une anomalie de la contractilité corporeale.

Dans 14 cas, soit dans l'autre moitié des cas, l'anomalie de la contractilité utérine est apparente cliniquement, le plus souvent il s'agit d'une hypertonie qui accompagne l'anomalie de la dilatation.

Dans 4 cas seulement sur 33, il s'agit d'une anomalie de contractions utérines isolée soit hypokinésie, soit hypertonie.

Dans ce chapitre des dystocies dynamiques, nous devons signaler les dystocies fonctionnelles associées à d'autres indications.

Tout au long de notre étude sur les indications des césariennes, nous constatons que dans de nombreuses observations des troubles de la contractilité utérine, une anomalie de la dilatation apparaissent au cours du travail en tant que conséquence, soit d'une dystocie mécanique, soit d'une présentation anormale, soit d'une césarienne itérative, soit d'une autre indication.

La dystocie dynamique n'est pas seule responsable de la césarienne, elle ne peut dans ces cas, être considérée comme l'indication princeps de la voie haute, elle représente cependant une indication d'appoint qui compte dans la décision opératoire.

Nous retrouvons, dans 154 observations, la notion de dystocie fonctionnelle associée à une ou plusieurs autres indications.

Cette dyscinésie utérine est associée :

- 65 fois à une indication
- 76 fois à 2 indications
- 10 fois à 3 indications
- 3 fois à 4 indications.

Le plus souvent, il s'agit de bassins limites : 73, la dystocie fonctionnelle apparaît lors de l'épreuve du travail.

Les gros fœtus sont aussi fréquemment responsables d'un arrêt de l'épreuve du travail pour dystocie fonctionnelle : 42 cas.

- 15 cas de gros fœtus dans un bassin vicié
- 27 cas de gros fœtus sans viciation pelvienne.

Une hydrocéphalie.

Les présentations anormales sont aussi fréquemment la cause d'une dystocie dynamique lors du travail, nous décomptons 23 sièges, un front, 7 Bregma, 26 occipito-postérieures dont un jumeau.

12 cas de postmaturités où le déclenchement par perfusion d'ocytociques et rupture de la poche des eaux échouent, les contractions utérines sont inefficaces, la dilatation ne se fait pas.

17 cas de césariennes itératives, 16 premières, une seconde, l'épreuve du travail est prudente, dès que la dystocie dynamique est constatée, celle-ci est interrompue.

" La balafre " utérine est-elle responsable des troubles de la contractilité ?

Une prudence excessive ne permet-elle pas de prolonger assez longtemps l'épreuve ?

Nous constatons parmi ces césariennes itératives, un cas de désunion de cicatrice transversale (obs. 1620-1962), un syndrome de prérupture : (obs. 2131-1963), une cicatrice très douloureuse (obs. 453-1962).

27 cas de souffrance fœtale font interrompre l'épreuve du travail.

Dans les autres observations, la dystocie fonctionnelle n'est qu'une indication d'appoint complémentaire d'une indication majeure, responsable de l'hystérotomie.

Parmi ces 154 cas de dystocie fonctionnelle, en tant qu'indication complémentaire d'une autre indication majeure, nous relevons :

- 37 anomalies de la contraction utérine isolées avec prédominance de l'hypocinésie et de l'inertie dont 7 cas chez de grandes multipares (Ve, VIe, VIIe, VIIIe, IXe et XIe).

- 71 anomalies de la dilatation apparemment isolées.

- 46 associations de troubles de la contraction utérine à l'anomalie de dilatation : inertie utérine et hypertonie utérine sont en nombre à peu près égal.

Dans ces observations de dystocie fonctionnelle, conséquence souvent d'une dystocie mécanique, nous relevons :

- 2 cas de rupture utérine :

- L'un déjà cité, désunion d'une cicatrice transverse de césarienne première -(obs. 1620-1962).
- une rupture utérine peropératoire sous les yeux de l'opérateur chez une Ve pare de 46 ans (obs. 852-1959).

- 5 cas de prérupture :

- 2 sur cicatrice de césarienne (obs. 453-1962 , 2131-1963).
- un utérus moulé en sablier sur une présentation du siège décomplété (obs. 832-1959).
- un utérus moulé en sablier sur une présentation en O.I.D.P. dans un bassin limite transversalement rétréci (obs. 1015-1963).
- un amincissement, une ascension du segment inférieur sur une présentation du front (obs. 1221-1963).

UTERUS CICATRICIELS

CESARIENNES ITERATIVES -

157 sur 684 soit 22,95 % .

Ce pourcentage est peu élevé par rapport aux chiffres publiés par certains auteurs américains où elles représentent 40 à 50 % des césariennes :

- 40,6 % pour SCHAEFFER et CARPENTER.
- 41,9 % pour HALL.
- 43 % pour BRYANT.
- 43,6 % pour POWELL.
- 46,1 % pour RUBIN
- 55 % pour JENSEN et AARO.
- 56 % pour JONES.

Notre pourcentage se rapproche de celui de :

- MERGER : 22 %
- KISTNER : 22,7 %
- POSNER : 27,3 %
- GERNEZ : 28,9 %

D'autres auteurs ont une proportion inférieure à la notre :

- D'ESOPPO : 12,1 %
- MILFORT et FINTZ : 17 %
- COSGROVE : 17,5 %

Ces 157 césariennes itératives comprennent :

- 128 secondes césariennes.
- 28 troisièmes césariennes.
- 1 quatrième césarienne.

I - LES 128 SECONDES CESARIENNES comprennent :

1° - 74 césariennes où la cause princeps responsable de l'itération est permanente, identique à celle de la première césarienne.

Il s'agit :

- 69 fois, soit dans 85,1 % des cas, d'une viciation pelvienne:
 - 23 fois, bassin généralement rétréci
 - 12 fois, bassin transversalement rétréci
 - 1 fois, un bassin aplati.
 - 33 fois, un bassin limite, 18 fois soumis à l'épreuve du travail.
- 2 fois un périnée cicatriciel
- 1 fois un utérus cicatriciel après myomectomie, une maladie hémolytique.

Sur ces 74 itérations premières, l'intervention est :

- Prophylactique, 48 fois.
- Pratiquée en urgence, 9 fois.
- Effectuée après l'échec de l'épreuve du travail : 17 fois.

Cette épreuve du travail dure :

- 5 fois, moins de 3 heures.
- 8 fois, de 3 à 6 heures.
- 4 fois, plus de 6 heures.

2° - 33 césariennes où la cause princeps responsable de l'opération est temporaire : Le tableau n° 4 nous montre la nature des indications princeps de l'hystérotomie pour la première et la 2ème intervention.

Dans ces 33 cas, la césarienne est :

- Prophylactique : 17 fois.
- Pratiquée en urgence : 6 fois.
- Effectuée après épreuve du travail : 10 fois.

Cette épreuve du travail dure :

- 2 fois, moins de 3 heures.
- 4 fois, de 3 à 6 heures.
- 4 fois, plus de 6 heures.

3° - 21 césariennes secondes où l'utérus cicatriciel représente l'indication essentielle de l'itération :

La fragilité et le mauvais état du muscle utérin signalés dans le protocole opératoire précédent, la crainte d'une

C 2 INDICATION TEMPORAIRE

INDICATIONS PRINCEPS	C 1	C 2
Excès de volume foetal	5	7
Présentation du front	0	1
Présentation du Bregma	0	1
Présentation transverse	7	5
Siège	1	3
Dystocie fonctionnelle	11	2
Placenta-Praevia	1	2
Procidence du cordon	2	2
S. F.	3	3
Postmaturité	1	0
Maladie hémolytique	0	2
Enfant précieux	0	3
Maladie gravidique	0	1
Eclampsie	1	0
Apoplexie utéro-placentaire	1	0
Néphropathie	0	1
TOTAL	33	33

rupture utérine, l'existence d'une apoplexie utéro-placentaire ou d'un placenta-*prævia* lors de la grossesse antérieure sont à l'origine de ces césariennes systématiques où l'indication princeps est : " l'utérus cicatriciel ".

Ces 21 césariennes secondes sont :

- 7 fois prophylactiques.
- 10 fois pratiquées en cours de travail:
 - 7 fois avant la 6ème heure
 - 3 fois entre la 6ème et la 12ème heure.
- 4 fois effectuées en urgence.

Dans l'observation 916-1961, nous notons un syndrome de rupture utérine, la 1ère césarienne corporéale avait eu lieu hors du service 5 ans plus tôt.

II - LES 28 TROISIEMES CESARIENNES comprennent :

1° - 16 césariennes où la cause princeps est permanente,
identique à celle responsable des 2 hystérotomies précédentes.

Dans les 16 cas, il s'agit d'une viciation pelvienne :

- Bassins généralement rétrécis : 10 fois.
- Bassin transversalement rétréci : 1 fois.
- Bassin canaliculé : 1 fois.
- Bassins limites : 4 fois.

L'hystérotomie est :

- Prophylactique : 12 fois.
- Pratiquée en urgence : 2 fois.
- Effectuée au cours du travail : 2 fois.

2° - 5 césariennes troisièmes où la cause responsable de l'intervention est temporaire :

- Un cas de présentation du siège, l'indication de la première césarienne étant une disproportion foeto-pelvienne, celle de la 2ème une dystocie dynamique.

- 4 excès de volume foetal retrouvés lors des 2 itérations: dystocies progressives.

3° - Dans 7 cas, l'utérus cicatriciel représente à lui seul l'indication majeure :

L'intervention est :

- Prophylactique, 3 fois.
- Effectuée après un travail de moins de 3 heures, ayant débuté avant l'hospitalisation, 2 fois.
- Pratiquée en urgence, 2 fois.

En règle générale, nous intervenons de façon systématique lors des troisièmes césariennes.

III - UNE QUATRIEME CESARIENNE, SYSTEMATIQUE :

La cause permanente de cette césarienne est une viciation pelvienne, les interventions précédentes ont eu lieu 4 ans, 2 ans, et 1 an plus tôt (Obs. 1393-1958).

Nous venons de voir les indications majeures des césariennes itératives, mais d'autres indications complémentaires interviennent dans la décision opératoire en certaines circonstances. Le tableau n° 5 nous expose l'ensemble des indications associées aux césariennes itératives.

- Le tableau n° 6 nous montre le nombre d'années qui sépare la 1ère césarienne de la première itération dans 109 observations où ce nombre est donné.

Dans 70,6 % des cas l'itération première survient dans les 3 années suivant la première césarienne.

- Le tableau n° 7, nous donne le nombre d'années séparant la première césarienne de la première et de la 2ème itération, dans 25 cas où ce renseignement est précisé.

La césarienne troisième survient dans 68 % des cas, dans les 4 ans suivant la première césarienne et dans 80 % des cas, dans les 3 ans suivant la 2ème césarienne.

En conclusion :

Dans nos 157 césariennes itératives, 22,95 % de nos césariennes totales :

- l'indication est permanente : 91 fois, soit dans 57,9 %

- 74 césariennes secondes.
- 16 césariennes troisièmes.
- 1 césarienne quatrième.

- l'indication est temporaire : 38 fois soit dans 24,2 %

- 33 césariennes secondes.
- 5 césariennes troisièmes.

- L'indication relève de la " cicatrice utérine " : 28 fois, soit dans 17,3 % :

- 21 césariennes secondes.
- 7 césariennes troisièmes.

Cet utérus cicatriciel, après césarienne, représente 4,09 % des indications majeures d'hystérotomie.

INDICATIONS ASSOCIEES AUX CESARIENNES ITERATIVES

INDICATIONS ASSOCIEES	C 2	C 3	C 4	TOTAL
Dystocies Pelviennes	74	18	1	93
Gros Foetus	25	5		30
Présentations Transverses	4	1		5
Présentations du Siège	10	2		12
Présentation du Front	1	0		1
Présentation du Bregma	1	0		1
Présentation O. Post.	1	0		1
Dystocies dynamiques	16	1		17
Cicatrices de Myomectomie	1	0		1
Placenta praevia	2	1		3
Obstacles Praevia	2	0		2
Procidences du cordon	1	0		1
Souffrances foetales	6	0		6
Grossesses Prolongées	4	0		4
Diabète	0	1		1
Maladies hémolytiques	4	1		5
Enfants Précieux	15	0		15
Toxémies Gravidiques	4	0		4
Cardiopathies	2	1		3
Tuberculoses Pulmonaires	1	0		1
Hernie Hiatale	1	0		1

TABLEAU N° 5

NOMBRE D'ANNEES ENTRE LA 1ère
ET LA 2ème CESARIENNE

ANNEES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13
NOMBRE DE CESARIENNES	33	28	16	5	6	5	4	5	3	1	2	1
TOTAL	109											

TABLEAU N° 6

NOMBRE D'ANNEES ENTRE LA 1ère, la 2ème,
ET LA 3ème CESARIENNE

ANNEES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12
CESARIENNE ITERATIVE PREMIERE	0	6	6	5	1	5	0	0	1	0	1
CESARIENNE ITERATIVE SECONDE	8	9	3	2	1	1	0	0	0	1	0

TABLEAU N° 7

CICATRICES DE MYOMECTOMIES -

3 césariennes sur utérus cicatriciel après myomectomie soit 0,43 % des indications totales.

Obs. 320-1964 -

Primipare, 33 ans, à terme. Myomectomie au 4ème mois de la grossesse en cours. Enfant précieux. Césarienne après 6 heures d'épreuve du travail. Enfant de 3 800 g, cri immédiat, élevage normal.

Obs. 136-1966 -

Ile pare, 35 ans, à terme. Myomectomie au cours de la grossesse précédente, 2 ans plus tôt. Césarienne seconde prophylactique. Enfant de 3 200 g, cri immédiat, élevage normal. Suites maternelles fébriles.

Obs. 774-1966 -

Ile pare, 40 ans, à terme. Myomectomie un an plus tôt. Présentation pelvienne. Enfant précieux. Césarienne prophylactique. Enfant de 3 300 g réanimé 2 mn et s'élevant normalement.

Dans les observations, 320-1964 et 136-1966, l'utérus cicatriciel après myomectomie, est l'indication majeure de l'hystérotomie soit 0,29 % des indications principales de nos césariennes.

INSERTIONS BASSES DU PLACENTA

75 cas de placenta-*praevia* sur 18.951 accouchements soit 0,39 %.

47 sont opérés, soit 62,6 %.

Sur ces 47 insertions basses du placenta, 43 sont décelées avant l'hystérotomie, 4 sont découvertes au cours de la césarienne pratiquée pour une autre indication :

- 2 fois pour une présentation transverse.
- 1 fois lors d'une 3ème césarienne pour bassin généralement rétréci.
- 1 fois pour présentation transverse et iso-immunisation anti-A.

Ces 43 placenta-*praevia* représentent 6,28 % de nos indications de césariennes, toutes majeures.

Les grandes statistiques actuelles donnent un pourcentage oscillant entre 4,8 et 20 % :

- 4,8 % pour MULLA et BATES
- 5,7 % pour RUBIN
- 6 % pour JONES
- 7,4 % pour HALL
- 9 % pour BRYANT
- 10 % pour la Clinique Obstétricale de LYON
- 10,26 % pour GERNEZ
- 11,5 % pour CHOSSON
- 16,8 % pour RICHON et SIMONIN
- 17,8 % pour la Clinique Gynécologique de STRASBOURG
- 20 % pour JENSEN et AARO

Notre pourcentage s'inscrit parmi les plus bas.

- Ces insertions basses du placenta se rencontrent dans nos observations , chez des femmes de plus de 25 ans, dans les 3/4 des cas :

- 11 ont moins de 25 ans.
- 12 de 25 à 29 ans.
- 21 de 30 à 39 ans.
- 3 plus de 40 ans.

- 43 sur 47 sont des multipares, 19 ont eu au moins 3 enfants dans leurs antécédents.

- Les grossesses ne sont généralement pas à terme :

- 13 sont entre 8 mois 1/2 et 9 mois.
- 5 entre 8 mois et 8 mois 1/2 inclus.
- 20 entre 7 et 8 mois inclus.
- 9 entre 6 et 7 mois inclus.

- Sur 43 cas où le placenta-*prævia* constitue l'indication principale, l'intervention a lieu :

- 39 fois en urgence avant tout début de travail.
- 4 fois elle est prophylactique.

Dans la plupart des cas : 29 , les membranes sont intactes, 2 fois elles se rompent spontanément, 12 fois la rupture artificielle est tentée.

- Sur le plan clinique :

- Dans 4 observations , l'insertion basse est découverte, nous l'avons vu, lors d'une césarienne pour une autre indication.

- Dans 18 observations , l'hémorragie est très importante, responsable d'un choc grave : Il existe un collapsus contrôlé en milieu obstétrical, maîtrisé par des perfusions de sérum glucosé hypertonique, rarement des vaso-constricteurs, surtout des solutés à grosses molécules, du plasma et le plus rapidement possible , dès résultats du groupage sanguin, du sang.

Nous ne déplorons aucun décès sur ces 18 cas hospitalisés en état de choc grave.

- 10 fois sur 18, l'hémorragie gravissime responsable du choc, est révélatrice du placenta-*prævia*.

- 8 fois, de petites hémorragies, apparues de 4 mois à 15 jours plus tôt, ont permis de suspecter l'insertion basse, de surveiller la femme enceinte, de l'hospitaliser afin d'obtenir une grossesse la plus proche du terme possible.

- Dans 18 autres observations : l'hémorragie est abondante mais le choc évité par un traitement plus précoce :

7 fois l'hémorragie abondante est révélatrice de l'insertion basse.

11 fois, de petites hémorragies préalables font suspecter le placenta-*praevia*, hémorragies survenues de 4 mois à 8 jours plus tôt.

- Dans les 7 dernières observations : il s'agit de petites hémorragies, répétées, motivant la consultation, l'hospitalisation et la césarienne.

- Type de l'insertion placentaire :

- 36 fois sur 47, le placenta est recouvrant :

- 27 fois central, recouvrant complètement l'orifice cervical.
- 9 fois, semi-recouvrant, recouvrant partiellement l'orifice cervical sur la moitié ou les 2/3 de sa surface.

- 11 fois, le placenta n'est pas recouvrant, mais marginal seulement.

- But de l'intervention :

Sur les 43 observations, la césarienne est pratiquée :

- 10 fois pour sauvetage maternel sans se préoccuper du fœtus mort.
- 19 fois pour indication maternelle grave et sauvetage fœtal.
- 14 fois pour indication fœtale seulement.

- Indications associées :

Le placenta-*praevia* hémorragique représente dans 43 cas, à lui seul, l'indication majeure de la césarienne.

- Dans 20 observations, il constitue la cause unique de la voie haute.

- Dans 18 observations, il existe une indication associée.
- Dans 4 observations, 2 indications.
- Dans 1 observation, 3 indications complémentaires.

Ces indications associées sont :

- Le plus souvent, des présentations transverses : 7
- Ensuite, des présentations du siège : 7
- Souvent une souffrance fœtale : 9
- Césariennes itératives premières : 2

- Procidence du cordon : 1
- Enfant précieux : 1
- Grossesse gémellaire : 1

2 femmes sont atteintes de maladie gravidique tardive.

- Particularité des césariennes dans les placenta-praevia :

- L'incision utérine est :
 - 32 fois segmentaire :
 - 14 transversales
 - 18 verticales
 - 15 fois segmento-corporéale.
 - Jamais corporéale.

L'Ecole de NANCY, avec RICHON et SIMONIN recommande en 1956 la césarienne haute dans les placenta-praevia, rapportant dans leur série 82 césariennes corporéales et 4 césariennes segmentaires. Le Professeur VERMELIN a insisté sur la mauvaise qualité du segment inférieur partiellement formé le plus souvent, et fragilisé par l'insertion placentaire.

Nous relevons dans nos observations :

- 2 cas où la zone d'insertion placentaire a rendu friable et fragile le muscle utérin au niveau du segment inférieur, imposant la stérilisation : (Obs. 2303-1963 et Obs. 10-1965).

- 3 cas de placenta-accréta profondément incrusté sur la zone segmentaire (Obs. 2069-1962, 537-1965, 1760-1967).

- 2 fois un hématome rétro-placentaire associé à l'insertion basse du placenta, lésion uniquement anatomique sans signes cliniques (Obs. 1181-1962 et 165-1963).

L'extraction du fœtus s'est faite 24 fois par le siège, 23 fois par le sommet.

Dans 3 cas, l'extraction nécessite le passage à travers le placenta.

- Au point de vue maternel :

Les césariennes pour placenta-praevia sont parmi les plus compliquées, complications surtout vasculaires.

Sur nos 47 cas :

- 40 suites simples, soit 85 % des cas.
- 2 suites fébriles
- Une fibrinolyse (obs. 1181-1962)

- 2 chocs post-opératoires réagissant bien au traitement (Obs. 235-1961, 537-1965). Cette dernière observation se complique d'un syndrome toxique avec diarrhée et déshydratation évoquant une insuffisance cortico-surrénale.

- Une hémorragie des suites de couches nécessitant un curage digital au 22ème jour. Cette même malade fait une phlébite au 70ème jour post-opératoire. (Obs. 926-1966).

Nous déplorons une mort maternelle par embolie pulmonaire au 7ème jour post-opératoire (Obs. 29-1958), soit 1,9% de mortalité maternelle après césarienne pour placenta-*praevia*.

La Clinique Obstétricale de LYON rapporte en 1958, une mortalité maternelle de 2,4 % après césarienne pour placenta-*praevia*.

CHOSSON et RUF, en 1961, publient une mortalité maternelle de 4,68 %.

- Au point de vue foetal :

Sur 48 enfants, une grossesse étant gémellaire :

- 18 sont des prématurés pesant moins de 2,500 kg.
- 17 pèsent entre 2,500 et 3 kg inclus.
- 13 seulement ont un poids supérieur à 3 kg.

Ces enfants extrêmement fragiles sont pour les 3/4 prématurés, débiles et anémiés.

Sur 48 enfants, nous relevons :

- 4 morts-nés
- 14 morts des minutes suivant la césarienne au 5ème jour :
 - 11 prématurés, anémiés, débiles.
 - 1 présentant un syndrome hémorragique confirmé par autopsie.
 - 1, une hémorragie méningée.
 - 1, un ictère hémolytique par iso-immunisation.

Ces 3 derniers décès ne doivent pas être attribués au placenta-*praevia*.

Sur les 30 enfants vivants :

- 17 ont crié dès la naissance.
- 13 sont réanimés de 2 à 3 mn, un est en état de mort apparente.
- 6 enfants vivants sont des prématurés de poids inférieur à 2 500 g.

Ces 30 enfants ont une évolution ultérieure normale.

La mortinatalité est de 8,6 %.

La mortalité périnatale, épurée des 3 cas où le placenta-*praevia* n'est pas à l'origine du décès, et de 2 prématurés pesant 1 100 g et 1 150 g, est de 20,9 %.

NELKEN et MUSIATOWICZ sur 42 césariennes pour placenta-*praevia* à la Clinique Obstétricale de LYON ont un taux de mortalité foétale épurée de 20 % en 1958.

CHOSSON et RUF, en 1961, rapportent, sur 65 enfants, nés après 64 césariennes :

- 21 enfants morts :
 - 11 morts-nés, 10 morts après leur naissance
- 44 enfants vivants.

OBSTACLES PRAEVIA

Nous avons classé sous ce titre, différentes observations, où l'accouchement par voie basse ne peut avoir lieu à cause d'un obstacle siégeant en avant de la présentation, à différents niveaux de la filière pelvi-génitale.

I - TUMEURS PRAEVIA :

1 - Myomes utérins praevia :

5 observations.

Obs. 506-1958 :

IXe pare, XVIe geste de 38 ans à terme. Opérée d'une grossesse extra-utérine il y a 14 ans. En travail depuis 48 h., ayant rompu ses membranes depuis le début du travail, hospitalisée pour présentation transverse, celle-ci est versée en siège par manœuvres externes. Col cicatriciel (antécédents d'électrocoagulation) ne dépassant pas 3 cm de dilatation. La laparotomie fait découvrir un fibrome praevia de la taille d'une orange, segmentaire postérieur. On extrait un garçon de 2 600 g. qui crie après 3 mn de réanimation. Ligature résection bilatérale des trompes.

Obs. 1968-1962 :

Primipare de 35 ans à terme, traitée depuis 11 ans pour stérilité, hospitalisée en travail, la poche des eaux est rompue depuis 6 h. Il existe un gros fœtus H.U. : 37 cm. On perçoit une tumeur praevia qui empêche l'engagement. Laparotomie découvrant un myome de la taille d'une mandarine sur la face segmentaire antéro-latérale droite et un second myome, plus important, sur la face segmentaire postérieure. Extraction d'un garçon de 4 kg. qui crie immédiatement. Double myomectomie.

Obs. 446-1963 :

Ile pare de 37 ans à terme, en travail depuis 6 h. Fibrome du bord droit empêchant l'accommodation. Rupture artificielle de la

poche des eaux. Procidence du cordon consécutive avec assourdissement des bruits du coeur fœtal. Extraction d'un enfant de 3 kg. réanimé pendant 3 mn. Fibrome du bord droit de la taille d'une orange, faisant saillie dans la lumière utérine, ayant gêné l'acomodation, 2 autres fibromes plus petits, siégeant sur la face postérieure du segment inférieur et le fond utérin.

Obs. 515-1963 :

Vie pare de 36 ans, à 6 mois 1/2 de grossesse, rupture prématurée de la poche des eaux depuis 5 jours. Hospitalisée en travail pour procidence du cordon et d'un membre supérieur. L'examen décèle un fibrome praevia empêchant l'engagement. C.R.O. Fibrome intersticiel de la face segmentaire antérieure, extraction d'un mort-né de 1 300 g. Myomectomie, ligature résection bilatérale des trompes.

Obs. 569-1967 :

Ile pare de 39 ans, à terme, ayant accouché normalement 17 ans plus tôt, en travail, ayant rompu ses membranes. Présentation en O.I.D.P. Dilatation ne dépassant pas 4 cm. Myome utérin perçu à travers la paroi, extraction d'un garçon de 2 700 g criant immédiatement. Myome de 170 g en voie de nécrobiose siégeant sur la face antérieure à la jonction du segment inférieur et du corps. Myomectomie.

Dans ces 5 observations, l'existence d'un myome pelvien empêche l'acomodation:

- 2 procidences du cordon surviennent lors de la rupture de la poche des eaux.
- une présentation est en transverse, une autre en O.I.D.P.

Dans 4 observations sur 5, le myome utérin praevia est l'indication majeure de l'hystérotomie.

Dans l'observation 506-1958, la laparotomie permet de découvrir le fibrome à l'origine de la présentation dystocique.

2 - Kystes de l'ovaire praevia :

3 observations.

Obs. 134-1960 :

Primipare, Ile geste de 38 ans, à terme, hospitalisée pour rupture prématurée des membranes depuis 24 h. L'examen découvre un bassin généralement rétréci, un gros fœtus, une tumeur ovarienne praevia postéro-latérale droite. L'enfant est précieux. C.R.O.: Volumineux kyste de l'ovaire droit dermoïde, enfant de 3 400 g, criant immédiatement. Kystectomie et annexectomie droite, ablation de 3 petits fibromes sous-séreux en voie de nécrobiose.

Obs. 1 097-1961 :

VIIe pare de 31 ans à terme. Hospitalisée pour douleurs abdominales. Les membranes sont intactes. L'examen découvre une tumeur praevia prolabée dans le Cul de sac de Douglas, fixée, rénitente, de la taille d'un poing, repoussant le col haut sous la symphyse. Césarienne prévue permettant d'extraire une fille de 3 300 g, réanimée. Dans le cul-de-sac de Douglas, siège un kyste de l'ovaire droit, tordu sur son pédicule, kystectomie. Stérilisation.

Obs. 2504-1963 :

Primipare de 17 ans, à terme, en travail depuis 7 h., poche des eaux rompue artificiellement depuis 4 h. La présentation ne progresse pas. L'examen découvre une tumeur prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, descendant en avant de la présentation. Extraction d'un enfant de 3 800 g qui crie dès sa naissance. La tumeur est un kyste de l'ovaire gauche, dermoïde, de la taille d'un pamplemousse.

Dans la première observation, le bassin généralement rétréci est l'indication majeure, le gros fœtus, l'enfant précieux, le kyste ovarien praevia sont les indications complémentaires.

Dans la seconde et la 3e observation, le kyste ovarien praevia, représente l'indication princeps.

3 - Tumeur colique praevia :

Une.

Obs. 499-1962 :

IVe pare de 31 ans à terme, présentant une tumeur praevia postérieure, médiane, bombant dans le cul-de-sac de Douglas, repoussant en avant le col, écrasé sous la symphyse pubienne. La présentation est un siège. Il s'agit d'une tumeur du colon sigmoïde. La césarienne est prévue. Extraction d'une fille de 2 700 g, criant après une brève réanimation. Hystérectomie subtotal, la tumeur intéressant le colon sigmoïde, communique avec un gros abcès sphacélé intra-mésocolique. Résection sigmoïdienne de 25 cm. Anastomose colique termino-terminale. Il s'agit d'un épithélioma glandulaire lieberkuhnien du sigmoïde, bien limité, sans extension néoplasique ganglionnaire. Suites post-opératoires simples.

4 - Tumeur vésicale praevia :

Une.

Obs. 190-1962 :

Primipare de 22 ans, enceinte de 8 mois, ayant rompu spontanément sa poche des eaux depuis 8 h. L'examen découvre une tumeur praevia, très tendue, peu mobile, coincée entre la symphyse pubienne et la présentation qu'elle refoule. Césarienne en urgence : segment inférieur extrêmement mince, transparent, à travers lequel on voit l'oreille du fœtus : stade de pré-rupture. Extraction d'un enfant endormi de 2.800 g, tumeur endo-vésicale grosse comme une orange, très vascularisée. Une cystoscopie, pratiquée 3 semaines après l'intervention, montre qu'il s'agit d'une tumeur bénigne de la musculuse vésicale.

5 - Tumeur des muscles releveurs de l'anus :

Une.

Obs. 820-1963 :

Ile pare âgée de 23 ans, à 8 mois 1/2 de grossesse, en travail depuis 7 h, ayant rompu ses membranes depuis 1 h 1/2. Le T.V. découvre une tumeur praevia, intéressant toute la face latérale droite de l'excavation de la margelle du détroit supérieur en haut à la branche ischio-pubienne en bas, de consistance ferme, adhérent au plan osseux. Fille de 3 100 g. criant dès sa naissance. Une intervention chirurgicale ultérieure par voie basse, permet d'enlever cette tumeur qui est un fibromyome des muscles releveurs.

II - SYNECHIE UTERINE :

Une.

Obs. 1 072-1963 :

Ile e pare de 38 ans, IIIe geste, ayant accouché normalement 16 ans plus tôt. Avortement au 2e mois, il y a 3 ans, suivi d'un curetage utérin. Actuellement à terme, en travail, la poche des eaux est rompue depuis 16 heures. La présentation ne progresse pas, l'utérus se relâche mal entre les contractions utérines, le col ne se dilate pas. Césarienne en urgence mettant au monde un enfant de 3 900 g. qui crie dès sa naissance. L'examen de la cavité utérine découvre une synéchie isthmique accolant de façon presque complète les 2 faces utérines.

III - LESIONS CERVICALES :

1 - Cancer du col :

Une

Obs. 421-1961 :

VI^e pare de 45 ans à terme. Tumeur cervicale de la taille d'une noix verte, infectée, saignant au toucher, siégeant sur le bord droit du col, débordant sur sa partie postérieure. Dilatation à 3 cm. La biopsie confirme la nature maligne de cette tumeur : épithélioma indifférencié avec de nombreuses mitoses et de gros noyaux anormaux. Césarienne mettant au monde un enfant de 3 kg criant dès sa naissance. Radiothérapie et traitement chirurgical ultérieur.

RICHON et SIMONIN relèvent un nombre d'associations cancer du col et césarienne bien supérieur au notre : 9 cas sur 671 soit 1,5 %.

GERNEZ et POIRET 2 cas sur 721 interventions. O'LEARY et STEER, partisans de la césarienne mutilatrice publient en 1964:165 cas d' "hystérectomies césariennes" pour 3 412 césariennes sur 40.888 naissances et 8 cas de cancer en 10 ans.

PAGE discutant une publication de MORTON, en 1962, note qu'il faut faire 500 à 1 000 césariennes mutilatrices pour prévenir un cas de cancer du col.

2 - Cols cicatriciels :

a) Cicatrice de déchirure obstétricale.

Obs. 719-1959 :

Ve pare, VI^e geste de 36 ans, enceinte de 8 mois, en travail, la poche des eaux rompue depuis 4 h. La présentation ne progresse pas, le col est rigide, indilatable, il existe 2 brides fibreuses postéro-latérales droite et gauche, saillant dans le vagin, le cul-de-sac postérieur est scléreux. Il s'agit d'un col cicatriciel de grande multipare, césarienne mettant au monde une fille de 2 800 g criant après courte réanimation. C'est le seul cas de lésion cervicale organique, cicatricielle, obstétricale à l'origine de la voie haute.

b) Cols cicatriciels avec antécédents d'électro-coagulation : beaucoup plus fréquents : 5 cas.

Obs. 506-1958 :

citée plus haut pour fibrome praevia et présentation du siège, col cicatriciel, chez une femme ayant eu une électro-coagulation.

Obs. 2 631-1964 :

Vie pare de 36 ans, à terme, en travail depuis 3h. Dystocie, organique cervicale importante, antécédents d'électro-coagulation 2 ans plus tôt. Utérus hypertonique luttant contre l'obstacle cervical. Césarienne permettant d'extraire une fille de 4 800 g réanimée.

Obs. 200-1966 :

Primipare, âgée de 41 ans, traitée pour désir de maternité, en travail depuis 8 h, poche des eaux rompue artificiellement depuis 4 h. Col rigide ne se dilatant pas. (Séances d'électro-coagulation 6 ans plus tôt). Césarienne mettant au monde un enfant de 3 450 g criant immédiatement.

Obs. 632-1967 :

Ile pare, électro-coagulation du col 2 ans plus tôt, col cicatriciel, scléreux, ne se dilatant pas. Hystérotomie, enfant de 3 kg criant immédiatement.

Obs. 1485-1967 :

Ile pare, à terme, traitée médicalement et chirurgicalement pour stérilité, rupture prématurée des membranes depuis 24 h. Gros fœtus en présentation du siège décomplété, symphyse horizontale, périnée cicatriciel, enfant précieux attendu, col cicatriciel scléreux (électrocoagulation 3 ans plus tôt) ne se dilatant pas. Césarienne faisant naître une fille de 3 750 g criant dès sa naissance.

La sténose cervicale serrée, organique, constitue un obstacle infranchissable qui suffit à lui-seul à être responsable de la voie haute.

- c) Cols cicatriciels par dépôt de comprimés de permanganate de potasse dans un but abortif : 2

Obs. 607-1964 :

Primipare de 26 ans, enceinte de 8 mois 1/2, anneau de sclérose cervicale, due à une tentative d'avortement par dépôt, 2 ans plus tôt, de comprimés de permanganate de potasse. Césarienne permettant d'extraire une fille de 3 250 g qui crie dès sa naissance.

Obs. 1903-1964 :

Primipare de 22 ans à terme, en travail depuis 6 h. Membranes intactes, col cicatriciel avec amputation nécrotique de la lèvre postérieure du col due à du permanganate de potasse utilisé dans un but abortif. Culs-de-sac vaginaux cicatriciels et

rétractés, présentation du siège complet. Césarienne en urgence faisant naître un garçon de 2 700 g qui crie dès sa naissance.

Dans ces 2 cas, la lésion cervicale organique est telle qu'elle ne peut permettre aucune dilatation, dans le 1er cas, la césarienne est prophylactique, dans le 2e cas, le travail débuté depuis 6 h et une présentation pelvienne renforcent l'indication de voie haute.

Dans ces 8 observations, le col cicatriciel :

- une fois après déchirure obstétricale
- 5 fois chez des femmes ayant eu une électro-coagulation
- 2 fois après dépôt de comprimés de permanganate de potasse.

représente l'indication majeure de l'hystérotomie.

IV - LES OBSTACLES VAGINAUX :

1 - Lésions cicatricielles par dépôt de comprimés de permanganate de potasse : 1 -

Obs. 2883-1966 :

IVE pare de 27 ans à terme, tentative d'avortement au début de la grossesse en cours par le dépôt de comprimés de permanganate de potasse. Tout le tiers postérieur du vagin est rétréci et scléreux. Césarienne prévue pour cette seule indication. Enfant de 3 250 g criant immédiatement.

Lésions cicatricielles vaginales et lésions cervicales sont associées dans ces types de tentative d'avortement. Dans cette dernière observation, c'est l'atrésie post-traumatique de la partie postérieure du vagin qui est à l'origine de l'intervention.

2 - Malformations vaginales : 2 .

Un cloisonnement transversal.

Un vagin rétréci et annelé.

Obs. 1676-1965 :

Primipare de 25 ans, enceinte de 8 mois 1/2, présentant un cloisonnement transversal du vagin, une symphyse horizontale, et une disproportion foeto-pelvienne. Césarienne prévue. Fille de 3 675 g criant dès sa naissance.

Obs. 2265-1965 :

Primipare de 26 ans à terme, en travail depuis 7 h. Poche des eaux rompue artificiellement, vagin étrié avec un anneau à la jonction du tiers antérieur et des 2/3 postérieurs. Présentation en O.I.D.P. et disproportion foeto-pelvienne. Césarienne au cours du travail, garçon de 3 500 g criant immédiatement.

Dans ces 2 observations, la lésion vaginale n'est qu'une indication complémentaire de la disproportion foeto-pelvienne.

V - PERINEES CICATRICIELS : 7

Obs. 1 600-1960 :

Ive pare de 30 ans, à terme, Périnée complet après forceps 7 ans avant. périnée complet à nouveau lors d'un accouchement normal un an après, Périnéorraphie avec fistule vésico-vaginale consécutive 3 ans plus tard. Césarienne première pour indication périnéale l'année suivante. Césarienne itérative pour indication identique avant le début du travail. Fille de 3 300 g criant immédiatement.

Obs. 1350-1961 :

Ile pare de 34 ans, à terme. Périnée cicatriciel avec fistule vésico-vaginale dû à un forceps 16 ans plus tôt pour disproportion foeto-pelvienne. Echec de 3 tentatives chirurgicales de traitement de la fistule. Rupture prématurée de la poche des eaux. Césarienne en urgence, enfant criant immédiatement.

Obs. 1975-1963 :

Même malade que dans l'observation précédente, césarienne itérative pour périnée cicatriciel et fistule vésico-vaginale, enfant de 2 700 g cri immédiat, stérilisation.

Obs. 1520-1965 :

IIIe pare de 27 ans, à terme, périnée complet 2 ans plus tôt, épisiotomie large il y a un an. Disproportion foeto-pelvienne, souffrance foetale, césarienne en urgence, garçon de 4 650 g, cri immédiat.

Obs. 2481-1965 :

Ile pare de 30 ans, à terme, forceps et épisiotomie large un an plus tôt. En travail depuis 4 h, poche des eaux rompue, présentation du Bregma, disproportion foeto-pelvienne, souffrance foetale, césarienne en urgence, garçon de 4 250 g né étonné.

Obs. 1485-1967 :

Ile pare de 29 ans, à terme, délabrement périnéo-vaginal 9 ans avant, lors du 1er accouchement, col cicatriciel (antécédents d'électro-coagulation) gros fœtus, présentation du siège, symphyse horizontale, enfant très précieux : stérilité traitée. Césarienne en urgence, fille 3 650 g., cri immédiat.

Obs. 1547-1967 :

Ile pare de 34 ans, à terme, périnée complet 2 ans plus tôt après accouchement, enfant mort au cours du travail. Bassin rétréci au détroit inférieur, enfant précieux, césarienne en urgence, garçon de 3 150 g., cri immédiat.

Dans 3 observations, le périnée cicatriciel, avec fistule vésico-vaginale est l'indication essentielle de la voie haute.

Dans les 4 autres observations, d'autres indications interviennent : disproportion fœto-pelvienne, rétrécissement du bassin, présentation du Bregma, du siège, enfant précieux.

Dans certains cas, une seule de ces indications imposerait la césarienne, dans d'autres, leur association est une condition suffisante.

Le tableau n° 8, nous montre la nature des obstacles praevia, leur participation dans les indications totales, leur nombre et leur pourcentage en tant qu'indication principale, le moment de l'intervention pour obstacle praevia en tant qu'indication majeure.

Ces obstacles praevia interviennent dans 31 observations soit dans 4,53 %. Ils constituent l'indication principale de l'hystérotomie dans 23 cas soit dans 3,36 %.

Dans les cas où ils représentent l'indication majeure l'intervention est :

- prophylactique, 6 fois soit dans 26 % des cas.
- pratiquée en cours de travail, 13 fois, soit dans 56,5 % des cas.
- Effectuée en urgence, 4 fois, soit dans 17,3 % des cas.

OBSTACLES PRAEVIA

Obstacles praevia	Indications totales	Indications princeps	Moment de la Césarienne		
			Prophy-lactique	au cours du W	en urgence
I - TUMEURS					
1 - Myomes Utérins	5	4		4	
2 - Kystes de l'ovaire	3	2	1	1	
3 - Tumeur du Sigmoidé	1	1	1		
4 - Tumeur vésicale	1	1			1
5 - Tumeur des releveurs de l'anus	1	1		1	
II - SYNECHIE UTERINE	1	1		1	
III - LESIONS CERVICALES					
1 - Cancer du col	1	1			1
2 - Cols cicatriciels	8	8	1	6	1
IV - OBSTACLES VAGINAUX					
1 - Cicatriciels	1	1	1		
2 - Malformations vaginales	2	0			
V - PERINEES CICATRICELS	7	3	2		1
TOTAL	31	23	6	13	4

TABLEAU N ° 8

PROCIDENCES DU CORDON

24 procidences du cordon opérées sur 66 recensées à la maternité pendant la période étudiée, soit 36,3 % .

Ces procidences du cordon interviennent dans 3,5 % de nos indications de césariennes.

Dans 19 cas, soit dans 2,77 %, elles représentent l'indication principale.

Les pourcentages des statistiques récentes sont voisins :

- 1,6 % pour BRYANT
- 2 % pour DE COSTA
- 2,7 % pour JONES
- 3,7 % pour GERNEZ
- 4,6 % pour JENSEN et AARO

Les femmes opérées pour procidences du cordon sont surtout des multipares :

- 17 multipares.
 - 12 fois ayant au moins 3 enfants dans leurs antécédents.
 - 5 fois, 8 enfants ou plus.
- 7 primipares seulement.

Les grossesses sont dans le plus grand nombre à terme : 17 fois.

- 4 fois dans le 8ème mois.
- 2 fois dans le 7ème mois.
- 1 fois, le terme est dépassé de 15 jours.

- Moment de la césarienne :

- Dans 13 cas sur 24, l'intervention est pratiquée avant tout début de travail en urgence.

- Dans 11 cas, la procidence du cordon survient en cours de travail, la durée du travail s'étalant entre 2 et 24 heures.

- Dans 19 observations, les membranes sont rompues, dans 5 cas elles sont intactes, il s'agit d'un procubitus, le cordon est perçu en avant de la présentation:

- cette rupture est le plus souvent spontanée 15 fois, ayant eu lieu de 1/2 h. à 12 h. avant l'intervention.
- la rupture est artificielle dans 4 observations, pratiquée de 1 à 4 h. avant l'intervention, elle semble responsable de la procidence.
- cette rupture est 12 fois trop précoce et 2 fois prématurée.
- elle a lieu le plus souvent en milieu obstétrical : 12 fois.
- elle est à l'origine de l'hospitalisation en urgence : 7 fois.

Sur ces 24 procidences du cordon opérées :

- 20 fois, la dilatation est incomplète.
- 4 fois seulement, la dilatation est complète.

Lorsque la décision opératoire est prise :

- 22 enfants sont vivants, le cordon battant, les bruits du cœur fœtal perçus.
- 10 d'entre eux présentent une souffrance fœtale.
- 2 enfants sont morts.

- Type de la procidence du cordon :

Sur les 24 cas opérés :

- 14 fois, la procidence est intra-vaginale.
- 2 fois, elle est intra-cervicale.
- 1 fois extériorisée à la vulve.
- 2 fois, il s'agit d'une latérocidence.
- 5 fois d'un procubitus.

Indications associées à la procidence du cordon :

- 4 présentations du siège.
- 4 présentations transverses
- 2 bassins généralement rétrécis
- 2 myomes utérins praevia
- 1 placenta-praevia
- 1 présentation du front.
- 1 occipito-postérieure en O.I.D.P.
- Une anomalie de dilatation du col.
- Une grossesse est gémellaire avec les 2 jumeaux en siège.

10 fois une souffrance fœtale survient avant l'intervention.

Une seule fois, il s'agit d'une césarienne itérative première.

8 fois, une autre procidence accompagne la procidence du cordon :

- 6 fois, celle d'un membre supérieur.
- 2 fois, celle d'un membre inférieur.

Dans 19 cas sur 24, la procidence du cordon est classée comme indication principale, dans les 5 autres cas, il s'agit de 2 bassins " très rétrécis " d'indication absolue, de 2 myomes praevia empêchant tout engagement et d'une présentation du front.

La laparotomie permet de découvrir :

- Une malformation utérine, utérus bicorne, en cœur de carte à jouer (Obs. 854-1966).
- Un cordon très long en écharpe (Obs. 2108-1964).
- Une rupture utérine nécessitant une césarienne mutilatrice (Obs. 1168-1966).

Les enfants :

- 25, une grossesse étant gémellaire.
- Gros, 15 de poids supérieur à 3 kg., 6 de poids supérieur à 2500g.
- 4 prématurés de poids inférieur à 2 600 g. dont un de 1 300 g.
- 3 morts-nés :
 - l'un de 1 300 g chez une femme ayant rompu ses membranes depuis 5 jours.
 - l'autre au cours d'une tentative d'accouchement par voie basse après refoulement d'un cordon et d'un membre supérieur procident chez une VIe pare de 36 ans.
 - une mort par rupture utérine citée ci-dessus.

21 enfants sur 25 ont une évolution normale.

13 ont crié dès la naissance.

9 ont été réanimés de 1 à 3 minutes.

Un enfant a des suites compliquées mais dûes à une immunisation anti-D passée inaperçue chez une grande multipare. Une exsanguino-transfusion permet de le sauver.

Exclues, les 3 morts fœtales survenues avant l'intervention, 22 enfants dont 2 jumeaux, sont sauvés par césarienne sur nos 24 procidences du cordon opérées.

LE DALL de la Clinique Obstétricale d'ANGERS, en 1963, sur 100 cas de procidences du cordon note une mortalité fœtale de 9 % par voie basse et de 6 % par voie haute.

L'intervention césarienne permet d'améliorer considérablement le pronostic fœtal dans les procidences du cordon.

Nous devons cependant tenir compte des complications maternelles, surtout chez ces multipares chargées de famille. Sur nos 24 cas, nous relevons 2 complications maternelles graves soit dans 8 % des cas :

- Une phlébite au 5ème jour post-opératoire avec embolie pulmonaire au 6ème jour chez une VIe pare (obs. 182-1961).

- Un syndrome occlusif au 5ème jour post-opératoire par adhérences droites intestinales à la face antérieure de l'utérus et . aux annexes droits, nécessitant une hystérectomie subtotale. (Obs. 2431- 1967).

II - INDICATIONS DE SECURITE FOETALE

SOUFFRANCE FOETALE

Une souffrance fœtale est mentionnée dans 109 observations soit dans 15,94 %.

WENDL la rencontre dans 28 % de ses césariennes.

- Dans 11 observations seulement, elle représente l'indication unique, sans cause apparente, soit 1,60 % des indications principales.

- Dans les autres observations, elle est la conséquence de l'indication principale de l'hystérotomie, qui est soit une dystocie mécanique ou dynamique, soit une présentation anormale, soit un placenta praevia ou une procidence du cordon, soit une maladie maternelle.

Nous rencontrons cette souffrance fœtale dans les 3/4 des cas chez des femmes jeunes, de moins de 30 ans, des primipares, des enfants à terme ou ayant dépassé le terme.

- 76 femmes ont moins de 30 ans, 33 ont plus de 30 ans.
- 72 sont des primipares, 63 de moins de 30 ans, 9 de plus de 30 ans.
- 37 sont des multipares.
- Le terme de la grossesse :
 - est atteint 77 fois
 - dépassé 13 fois
 - n'est pas atteint 19 fois.

Dans 19 cas sur 109, soit 17,4 % seulement, la souffrance fœtale survient avant tout début de travail.

Dans 90 observations, soit dans 82,6 % des cas, elle apparaît au cours du travail et est responsable de son arrêt.

- 46 fois après un délai de 6 à 12 heures.
- 31 fois avant la 6ème heure
- 7 fois, de la 12ème à la 18ème heure
- 5 fois de la 18ème à la 24ème heure
- 1 fois après 24 heures.

Dans les $\frac{3}{4}$ des cas, la souffrance fœtale apparaît après un travail long, supérieur à 6 heures.

Dans 28 observations seulement, des ocytociques sont administrés en perfusion intraveineuse au cours du travail.

Dans 96 cas sur 109, les membranes sont rompues:

- 47 fois spontanément
- 49 fois artificiellement.

Dans 13 cas, seulement, les membranes sont intactes, la souffrance fœtale est décelée par modification des bruits du coeur.

Lorsque la souffrance fœtale apparaît, au cours des 96 cas impurs, les membranes sont rompues :

- 62 fois, soit dans les $\frac{2}{3}$ des cas depuis moins de 6 heures.
- 26 fois, de 6 à 12 heures.
- 4 fois de 12 à 18 heures.
- 2 fois de 18 à 24 heures.
- 2 fois, depuis plus de 24 heures.

10 fois, elle survient après échec d'un déclenchement du travail.

4 fois, un forceps d'essai est tenté.

- Le diagnostic de souffrance fœtale est fait dans toutes nos observations, par l'auscultation des bruits du coeur fœtal et l'apparition de méconium dans un liquide amniotique clair lors de la rupture de la poche des eaux.

Nous ne comprenons pas, dans notre statistique, les cas où le liquide est teinté au départ, témoignant d'une souffrance fœtale chronique.

Nous essayons actuellement de déceler cette souffrance fœtale sur les "dips" de l'électro-cardiogramme fœtal au cours du travail.

L'interprétation des résultats est encore difficile, nous permettant surtout un diagnostic de mort fœtale in-utéro et de suspecter une souffrance fœtale sur l'existence d'une arythmie, d'une augmentation ou d'une diminution de la fréquence des complexes fœtaux.

Notre statistique, intéressant les 10 dernières années, ne nous permet pas de tenir compte de ce moyen d'investigation.

Sur le plan clinique :

Au cours des 109 cas de souffrance fœtale nous constatons :

1 - Une modification des bruits du cœur fœtal s'accompagnant d'une coloration du liquide méconial dans 53 cas :

- 32 fois, les bruits du cœur fœtal sont assourdis, modification la plus fréquente.
- 12 fois, ils sont irréguliers, arythmiques
- 6 fois accélérés.
- 12 fois ralentis.

Dans 8 cas, le type de modification des bruits du cœur fœtal n'est pas précisé.

Le liquide méconial est :

- 41 fois, vert pâle, on dit qu'il " se teinte "
- 12 fois, vert foncé, épais, dit " purée de pois ".

Dans 3 cas, est associé un chevauchement des sutures crâniennes.

Dans une observation, le chevauchement des sutures crâniennes est isolé (obs. 1330-1963).

2 - Une modification des bruits du cœur fœtal isolée, sans coloration du liquide méconial, dans 37 cas :

- 21 fois, les bruits du cœur fœtal sont assourdis.
- 9 fois arythmiques
- 5 fois accélérés
- 4 fois ralentis
- 7 fois, non précisés.

3 - Une coloration isolée du liquide méconial, sans modification des bruits du cœur fœtal, dans 18 cas :

- Vert pâle teinté, 14 fois,
- Purée de pois épais, 4 fois.

L'apparition du moindre signe de souffrance fœtale, modification des bruits du cœur fœtal, liquide amniotique qui se teinte, ces deux éléments associés ou isolés chez une parturiente étroitement surveillée en milieu obstétrical, la césarienne effectuée en urgence, cette souffrance fœtale n'est pas aussi dramatique qu'en milieu non spécialisé.

Sur nos 109 cas de souffrance fœtale, 99 enfants soit 90 % sont vivants et ont une évolution ultérieure normale sans séquelles.

- Rarement, la cause de la souffrance fœtale est restée inconnue, 10 fois sur 109 cas, soit dans un peu moins de 10 % des cas :

15 fois, un circulaire du cordon est découvert lors de l'hystérotomie :

- 8 fois, un simple circulaire dont 6 fois serré,
- 5 fois, un double circulaire,
- 2 fois, un triple circulaire.

1 fois, un noeud du cordon.

3 latérocidences du cordon passées inaperçues et non comptées dans les indications

Les autres causes de souffrance fœtale sont trouvées dans les indications associées :

- 9 fois, une dystocie dynamique pure isolée,
 - un travail traçant en longueur 6 fois,
 - une anomalie de dilatation cervicale, 6 fois
 - une hypertonie utérine, 2 fois
 - des contractions utérines insuffisantes, 1 fois.

- 27 fois, une dystocie fonctionnelle, conséquence d'une dystocie mécanique :

- 12 fois, un travail traçant en longueur,
- 11 fois, une hypertonie utérine,
- 9 fois une hypotonie,
- 13 fois, une anomalie de dilatation du col.

- 34 fois, une viciation pelvienne, mais considérée comme responsable de la souffrance fœtale 16 fois seulement.

- 25 fois, un gros fœtus, mais responsable d'un travail long dans 8 cas seulement.

- 6 fois, une présentation du siège, mais dans 2 cas seulement à l'origine de la souffrance fœtale

- 5 fois, une présentation transverse.

- 12 présentations occipito-postérieures.

- 2 présentations du front.

- 1 présentation du Bregma,

- 1 présentation de la face.

- 9 placenta-*prævia* hémorragiques très fœticides, un associé à un hématome rétro-placentaire,

- 10 procidences du cordon diagnostiquées avant l'intervention.

- 2 obstacles *prævia*.

Parmi les causes pathologiques :

- 12 postmaturités dont 8 certainement à l'origine de la souffrance fœtale, le placenta et le fœtus étant postmatures.
- 6 maladies gravidiques
- 1 diabète grave avec coma acidotique, enfant vivant d'ailleurs.
- une femme en état de mal comitial au cours du travail.

Les autres indications associées aux souffrances fœtales ne semblent pas intervenir dans leur apparition, ce sont :
Ce sont :

- 6 césariennes itératives premières
- 7 enfants précieux
- une grossesse gémellaire.

Les enfants : 110, une grossesse étant gémellaire.

- Ce sont de gros enfants dans les 3/4 des cas :
 - 75 de poids supérieur à 3 kg.
 - 25 de poids compris entre 2 500 et 3 000 g.
 - 10 prématurés de poids inférieur à 2 500 g.
- 99 soit 90 % sont vivants évoluant normalement durant la période péri-natale.
 - 54 enfants ont crié dès la naissance.
 - 45 ont été réanimés, 2 en état de mort apparente lors de l'extraction.
 - 12 ont été revus à la consultation post-natale du service.
- 11 enfants sont morts sur 110 soit 10 % de mortalité après souffrance fœtale décelée avant l'hystérotomie :
 - 5 morts-nés, dont 3 prématurés :
 - 2 par placenta-*prævia* hémorragique
 - 1 par procidence du cordon
 - 1 par rupture utérine
 - 1 jumeau étranglé par enlacement du bras autour du cou (obs. 2483-1966).
 - 6 morts après la naissance :
 - 4 dans les 6 heures suivant la naissance :
 - 2 d'anémie aiguë, de débilité et de prématurité secondaires à un placenta *prævia* hémorragique.
 - 1 de postmaturité, placenta et enfant sont postmatures.
 - 1 en état de mort apparente après un travail de 6 heures, ne peut être réanimé.

- 1 à la 17ème heure, à la suite de troubles respiratoires d'origine centrale.
- 1 au 3ème jour.

Cette souffrance fœtale est rencontrée dans 15,94 % de nos césariennes, elle survient dans 82,6 % des cas au cours du travail.

Son diagnostic précoce et l'intervention chirurgicale rapide expliquent que 90 % de ces enfants ayant souffert in utero sont vivants et ont une évolution normale.

GROSSESSES PROLONGEES

Nous trouvons la notion de " terme dépassé " dans 35 de nos observations soit dans 5,11 %.

Dans 15 observations, soit dans 2,19 % des césariennes, la postmaturité intervient comme indication majeure, une tentative de déclenchement par perfusion intra-veineuse d'ocytociques et rupture artificielle de la poche des eaux est faite, l'échec de cette tentative conduit à la voie haute.

Dans les 20 autres observations, la postmaturité intervient dans la décision opératoire mais en tant qu'indication complémentaire.

Sur ces 35 femmes, 25 sont des primipares, 10 seulement des multipares.

Le terme semble dépassé :

- 8 fois de 8 jours.
- 12 fois de 10 jours.
- 1 fois de 12 jours.
- 12 fois de 15 jours.
- 2 fois de 3 semaines.

Cette postmaturité est confirmée 12 fois par l'étude des frottis vaginaux.

- Moment de la décision opératoire :

- Dans 5 cas, la césarienne est prévue : Dans ces observations, la postmaturité n'est qu'une indication complémentaire, l'indication majeure étant 2 fois une présentation du siège, 3 fois une viciation pelvienne.

- Dans 2 cas, l'intervention est pratiquée en urgence avant le début du travail.

- Dans 28 cas, elle est effectuée au cours du travail :
 - 10 fois avant la 6ème heure.
 - 13 fois, entre la 6ème et la 12ème heure.
 - 2 fois entre la 12ème et la 18ème heure.
 - 3 fois entre la 18ème et la 24ème heure.

19 femmes ont reçu des ocytociques en perfusion intra-veineuse.

Les membranes sont intactes dans 13 cas, rompues dans 22 cas, 7 fois spontanément, 15 fois artificiellement soit dans les 2/3 des cas.

- Place de la postmaturité dans les indications :

- Dans 15 cas, elle est l'indication principale responsable du déclenchement, l'échec de ce dernier conduisant à l'hystérotomie.

- Dans 20 cas, elle intervient comme indication complémentaire dans des circonstances obstétricales où la césarienne aurait lieu même sans elle.

1 - Postmaturité, indication principale : 15 cas :

La postmaturité suspectée ou confirmée, une épreuve de déclenchement est tentée :

Au cours du travail déclenché dans ces 15 observations :

- 8 fois survient une dystocie dynamique :
 - 6 fois une anomalie de dilatation
 - 1 fois des contractions utérines inefficaces et de mauvaise qualité
 - 2 fois une hypertonie utérine.
 - 1 fois une dyscinésie de contraction.
- 6 fois l'apparition d'une souffrance fœtale interrompt l'épreuve du travail
 - 4 fois, il s'agit d'un enfant précieux, auquel on ne veut faire courir aucun risque.
 - 2 fois, une dystocie pelvienne limite mise à l'épreuve au cours de la tentative de déclenchement.
 - 2 fois un excès de volume fœtal.
 - 2 fois une présentation en occipito-postérieur.
 - 1 césarienne itérative première, l'utérus cicatriciel fait arrêter l'épreuve du travail.
 - 1 psychopathe peu coopérante au cours de l'épreuve.

2 - Postmaturité, indication complémentaire : 20 cas.

L'indication majeure n'est pas la postmaturité, celle-ci intervient en tant qu'élément complémentaire dans la décision opératoire. Dans ces 20 observations, nous relevons :

- 19 viciations pelviennes.
- 6 présentations du siège, 1 présentation du Bregma.
- 1 présentation du front, une O.I.D.P.
- 4 dystocies dynamiques, apparues en dehors de toute tentative de déclenchement.
- 3 césariennes itératives premières.
- 2 maladies gravidiques.
- 8 souffrances fœtales.

- Les enfants :

- 10 sur 35 ont des signes nets de postmaturité à la naissance : peau fripée, sèche, desquamant, verdâtre, ongles jaunes.
- 29 sont de gros enfants pesant plus de 3 kg.
- 5 ont un poids inférieur ou égal à 3 kg.
- 1 seul pèse moins de 2 500 g.

- 34 enfants sont vivants :
- 24 criant dès la naissance.
- 10 réanimés.

Tous évoluent normalement, sauf un seul, réanimé, qui geint et trémule pendant 48 heures. Son élevage est normal les jours suivants.

Un seul enfant est mort 3 heures après sa naissance :

Obs. 2223-1964 :

Primipare, 28 ans, terme dépassé de 15 jours, hospitalisée pour rupture de poche des eaux depuis 3 heures. Bassin généralement rétréci, bruits du coeur fœtal assourdis et liquide teinté témoignant d'une souffrance fœtale. Césarienne en urgence, enfant de 3 kg. Cri immédiat. Placenta d'aspect postmature, enfant postmature, hypotonique, polypnéique, faciès grisâtre. il geint. Il meurt 3 heures après la naissance dans un tableau d'insuffisance cardio-respiratoire.

La césarienne nous a permis d'obtenir 34 enfants vivants chez 35 femmes ayant dépassé leur terme, 15 fois la postmaturité représente l'indication majeure à l'origine d'une tentative de déclenchement.

Nous déplorons un seul décès fœtal, soit une mortalité fœtale périnatale pour postmaturité opérée de 2,8 %.

LE DIABETE

L'intervention césarienne améliore considérablement le pronostic fœtal chez la diabétique, GRASSET, KLEIN et GAUTHIER, en 1959, sur 63 femmes enceintes diabétiques, ont une mortalité globale qui oscille entre 26 et 33 % et 2 enfants morts sur 36 diabétiques opérées soit une mortalité de 5,9 % après césarienne.

Pour SIEGLER, la mortalité fœtale est de 4,3 % par voie haute alors qu'elle atteint 41,3 % par voie basse.

Nous relevons dans nos indications 12 diabètes soit 1,75 % des césariennes.

Dans 10 observations, le diabète est l'indication majeure de l'hystérotomie soit 1,46 %.

Dans 2 observations, le diabète intervient comme indication complémentaire.

La mortalité fœtale périnatale, après césarienne, chez la diabétique, est nulle dans notre série de 12 observations.

La surveillance à la consultation prénatale du service est très importante : le diabète dépisté, la diabétique est généralement hospitalisée pour un bilan et équilibration de son diabète soit par simple régime, soit le plus souvent, par insulinothérapie complémentaire, les insuffisances hormonales décelées sont compensées, les troubles toxiques quelquefois associés traités. La surveillance se poursuit ensuite à notre consultation durant toute la grossesse avec hospitalisation éventuelle en cas de déséquilibre du diabète.

8 diabétiques césarisées sur 12 ont été suivies à notre consultation.

- L'interruption de la grossesse est envisagée aux environs du 8ème mois pour éviter la mort in-utero dans les dernières semaines de la gestation.

L'indication de la césarienne se discute, certains auteurs comme GIVEN et DAVIS laissent la grossesse suivre son cours naturel, d'autres comme WHITE et HOLCOMB interrompent systématiquement la grossesse entre la 35ème et la 37ème semaine après le premier jour des règles.

PEDERSEN, OSLER et BRANDSTUB déclenchent le travail par perfusion d'ocytociques avec rupture prématurée des membranes pratiquant une césarienne si la progression ne se fait pas.

WHITE préconise la césarienne systématique avant terme.

Sur nos 12 cas de césarienne pour diabète :

- Dans 9 cas, l'intervention est prévue avant le début du travail :

La césarienne prophylactique permet d'éviter le traumatisme obstétrical et l'anoxie chez un enfant gros, fragile, prématuré, au cours d'un travail déclenché, long et quelquefois dystocique. L'intervention a lieu dans ces 9 cas, entre 7 mois 1/2 et 8 mois et 1 semaine de grossesse.

- Dans un cas, une tentative de déclenchement est faite mais échoue au 8ème mois de la grossesse.

- Dans un cas, l'intervention est pratiquée en urgence, en dehors du travail, au 8ème mois, au cours d'un coma hypoglycémique, l'enfant est sauvé.

- Dans le dernier cas, elle a lieu au cours du travail à terme, mais le diabète n'est dans cette observation qu'une indication complémentaire, l'indication principale étant une disproportion fœto-pelvienne avec dystocie dynamique consécutive au cours de l'épreuve du travail.

Dans 11 cas, les membranes sont intactes, dans 1 seul cas, elles sont rompues artificiellement depuis 2 heures.

Dans 4 observations, la césarienne avant terme nous a permis de donner un enfant vivant à des femmes qui n'avaient eu que des morts-nés lors des accouchements précédents.

Dans 2 observations, une surveillance étroite, l'insulinothérapie, la compensation hormonale, la césarienne avant terme, ont permis de donner un enfant à des femmes ayant fait des avortements à répétition.

- Quelle est la nature du diabète dans ces observations de césariennes ?

- Dans 7 cas, c'est un diabète grave :

- Une fois un diabète difficilement équilibrable, insulino-résistant et associé à une insuffisance œstro-progestative (Obs. 1904-1965).
- 3 fois un diabète avec acidocétose chez des femmes ayant fait un ou plusieurs comas acidotiques dans leurs antécédents :
 - 2 de ces femmes présentent l'une un hydramnios aigu (obs. 1559-1961), l'autre un excès de liquide et des œdèmes malléolaires (obs. 2344-1966).
 - 2 d'entre elles ont également un déficit œstro progestatif (obs. 554-1964 et 2344-1966) nécessitant un traitement substitutif.
- Une fois, un coma hypoglycémique chez une femme ayant eu au 6ème mois de la grossesse, une acidocétose grave équilibrée par l'insuline et présentant une insuffisance hormonale compensée. (obs. 1023-1965).
- 2 fois, un hydramnios important associé au diabète, difficilement équilibré par l'insulinothérapie. (obs. 2072-1963, et 1755-1967).
- Dans 5 cas, c'est un diabète simple, bien équilibré.
 - 3 fois par l'insulinothérapie, dans une observation une insuffisance œstro-progestative doit être compensée (obs. 941-1965).
 - 2 fois, par régime strict.

-Rôle du diabète dans l'indication opératoire .

- Dans 10 cas, nous l'avons vu, le diabète constitue l'indication majeure, il s'agit 8 fois d'un diabète grave et 2 fois d'un diabète simple équilibré :

- 5 fois sur ces 10 cas, est associée l'indication complémentaire d'enfant précieux, attendu, désiré.
- 1 fois, une souffrance fœtale survient au cours d'un coma hypoglycémique, l'enfant est vivant.
- 1 fois, une disproportion fœto-pelvienne est associée à un diabète sévère.

- Dans 2 cas, le diabète n'est qu'une indication complémentaire :

Obs. 1497-1963 :

Césarienne itérative seconde prévue au 8ème mois pour incompatibilité fœto-maternelle anti-D, diabète et gros fœtus. L'iso-immunisation représente l'indication majeure. L'enfant est vivant mais doit être exsanguiné 3 fois.

Obs. 880-1965 :

Epreuve du travail interrompue pour disproportion fœto-pelvienne et dystocie dynamique consécutive, le diabète n'est là qu'un élément concomitant.

- Les suites maternelles : sont toutes normales, les malades reçoivent leur ration glucidique en perfusion intra-veineuse les 2 premiers jours, l'insuline est très diminuée quelquefois même arrêtée pendant quelques jours, à cause de l'hypoglycémie classique du post-partum.

- Les enfants :

- Ils sont gros :

- 2 pèsent plus de 5 kg.
- 3 de 4 à 5 kg.
- 1 de 3 500 g. à 4 kg.
- 3 de 3.000 à 3.500 g.
- 3 de 2.500 à 3 kg.

- 5 sont œdématisés, bouffis, infiltrés, une spoliation sanguine est pratiquée à la naissance.

- Tous sont vivants :

- 7 crient immédiatement
- 5 sont réanimés
- 5 ont une évolution très simple.
- 7 ont une évolution compliquée
 - 3 enfants geignent et sont subictériques.
 - 1 est ictérique
 - 1 est subictérique et fait une infection broncho-pulmonaire.
 - 1 a un syndrome diarrhéique et fait une pharyngite
 - 1 est exsanguiné 3 fois pour immunisation anti-D.

Notre mortalité fœtale après césarienne chez diabétiques est nulle.

Dans ces 12 cas, l'intervention césarienne a permis d'obtenir un enfant vivant et normal chez des femmes qui le désiraient tant.

5 enfants sont revus ultérieurement à notre consultation postnatale en parfait état.

ISO-IMMUNISATION FOETO-MATERNELLE

L'interruption prématurée de la gestation a diminué considérablement la morbidité et la mortalité foetale dues à la maladie hémolytique.

Pour WALKER et MURRAY, FISCHER, KELSALL et VOSS, l'interruption de la grossesse au 8ème mois permet de réduire de moitié le nombre de morts in-utero. LEPAGE et LE-FEBVRE obtiennent ainsi malgré les antécédents de morts aux grossesses précédentes, 70 % d'enfants vivants. Certains auteurs, détracteurs de l'interruption, comme DIAMOND et MOLISSON l'accusent de faire naître des enfants prématurés plus sensibles aux ictères nucléaires.

LACOMME et BOREAU, partisans de l'accouchement provoqué avant terme, rapportent en 1955, 46 grossesses avec 6 morts in-utero et 5 morts après césarienne chez 42 malades ayant eu 52 morts in-utero lors des grossesses précédentes.

Actuellement, la plupart des auteurs préfèrent l'accouchement provoqué par les voies naturelles à la césarienne.

Les indications de césarienne résultent des dystocies mécaniques risquant de rendre traumatisant pour un prématuré l'accouchement par voie basse et des tentatives infructueuses de déclenchement.

Des auteurs, comme CADERAS DE KERLEAU et DESCAMPS préfèrent la césarienne systématique, d'autres comme Mc NEILL trouvent une mortalité après césarienne plus importante que par les voies naturelles.

Dans notre série, nous relevons la notion d'iso-immunisation dans 14 césariennes soit dans 2,04 % des cas.

Dans 12 observations, soit dans 1,75 %, l'iso-immunisation constitue l'indication majeure, dans 2 observations elle n'est qu'une indication complémentaire.

Sur ces 14 malades, 8 ont été suivies à notre consultation, 7 ont été adressées par leur médecin traitant.

12 césariennes sont prophylactiques :

- 8 effectuées entre la 34ème et la 36ème semaine après le premier jour des règles.
- 3 entre la 36ème et la 38ème semaine.
- Une à la 32ème semaine.

Une seule césarienne est décidée, après déclenchement de l'accouchement prématuré à la 34ème semaine.

Une est faite au cours du travail, déclenché spontanément par rupture prématurée de la poche des eaux.

Les membranes sont intactes 13 fois sur 14.

11 malades ont présenté dans leurs antécédents des accidents par iso-immunisation:

- 4 malades, des avortements
- 3 malades, des enfants morts-nés
- 3 malades, des enfants morts de maladie hémolytique après la naissance.
- 1 malade, deux enfants vivants après exsanguino-transfusion.

Sur ces 11 malades, l'interruption prématurée de la gestation par césarienne et exsanguino-transfusion de l'enfant nous ont permis d'obtenir 6 enfants vivants, évoluant normalement, un infirme psychomoteur, 4 enfants décédés après leur naissance.

L'iso-immunisation est 13 fois une incompatibilité anti-D, une fois une incompatibilité anti-A. Chez une mère de groupe O Rh + , ayant un enfant de groupe A Rh + . (Obs. 1187 - 1966).

Les taux maxima d'agglutinines par malade sont :

- 2 fois, de 1/4e
- 1 fois, de 1/16e
- 1 fois, de 1/32e
- 1 fois, de 1/64e
- 3 fois, de 1/128e
- 1 fois, de 1/136e
- 2 fois, de 1/256e
- 2 fois, de 1/1024e
- 1 fois, de 1/4096e.

8 tests de Combs, indirects positifs, ce test n'est pas noté dans les autres observations.

- Indications associées :

Dans 12 observations, l'incompatibilité fœto-maternelle, à l'origine de l'hystérotomie, constitue l'indication principale. Les autres indications associées, sont :

- 5 enfants précieux absolument désirés.
- 4 césariennes itératives, 3 premières, une seconde
- 1 gros fœtus
- 1 diabète
- 1 présentation transverse avec placenta praevia
- 1 présentation du siège
- 1 dystocie dynamique.

Dans 2 observations, la césarienne serait pratiquée même sans incompatibilité fœto-maternelle pour :

- une présentation transverse avec placenta praevia (obs. 1187-1966).
- un bassin limite généralement rétréci, associé à un excès de volume fœtal, chez une femme déjà césarisée (obs. 2830-1967).

- Les suites maternelles , sont simples, signalons une phlébothrombose au 11ème jour post-opératoire, des lochies modifiées, un hématome de la fesse, une anémie.

- Les enfants :

Ils ont un poids peu élevé :

- 3 sont prématurés pesant moins de 2 500 g, 1 de 1 700 g et un de 1 900 g. exsanguinés et vivants, un de 2 450 g mort d'ictère hémolytique.

- 6 pèsent entre 2 500 g. et 3 kg.
- 3 entre 3 et 4 kg.
- 2 entre 4 et 5 kg.

7 crient immédiatement, 7 sont réanimés.

- Etat des enfants à la naissance :

- 3 enfants présentent un anarsaque fœto-placentaire avec hépatosplénomégalie et ascite, l'un est exsanguiné 4 fois (Obs. 795-1960), il vit évoluant normalement, un meurt au début de l'exsanguino-transfusion (Obs. 1136-1965), le 3e présentant une tumeur cervicale et plusieurs malformations meurt 3 h. après sa naissance (obs. 1354-1964).

- un enfant, exsanguiné, meurt 5 jours après sa naissance d'ictère grave avec melaena et convulsions (obs. 1187-1966).

- 8 enfants ayant un ictère avec un taux de bilirubine oscillant entre 45 mg et 330 mg sont exsanguinés de une à 3 fois : un meurt après exsanguino-transfusion dans un tableau d'insuffisance cardio-respiratoire, un est un psychomoteur, 6 sont vivants et évoluent normalement.

- 2 enfants ne présentent aucun signe de maladie hémolytique :

- l'un est de groupe Rh -, les 2 enfants précédents ont été exsanguinés, le taux d'agglutinines durant la grossesse est de 1/1024e, le test de Coombs indirect est positif (Obs. 1951-1960).
- l'autre est tout à fait normal, le taux d'agglutinines était de 1/4e, la césarienne ayant eu lieu pour dystocie pelvienne, gros fœtus et césarienne itérative (obs. 2830-1967).

- L'exsanguino-transfusion a eu lieu chez 11 enfants sur 14, l'un en état d'anasarque et malformé n'a pas été traité, les 2 derniers enfants n'étaient pas ictériques.

Cette exsanguino-transfusion a lieu :

- Une seule fois dans 7 cas avec 3 morts, 2 après l'intervention, un en début d'intervention.
- 2 fois dans un cas.
- 3 fois dans 2 cas.
- 4 fois dans 1 cas.

3 morts sur 11 enfants exsanguinés.

Ces 3 enfants sont morts :

- l'un d'anasarque fœto-placentaire dès le début de l'intervention (obs. 1136-1965).
- l'un d'ictère grave avec melaena et convulsions 5 jours après (obs. 1187-1966).
- le troisième dans un tableau d'insuffisance cardio-respiratoire après l'intervention (obs. 1329-1966).

5 enfants sont revus à la consultation postnatale en parfait état.

Au total, 4 morts sur 12 enfants atteints de maladie hémolytique et un infirme psychomoteur, 2 enfants ne présentent aucun signe pathologique, soit une mortalité fœtale globale de 33,3 % après césarienne pour incomptabilité fœto-maternelle.

Si l'on considère les 12 césariennes où l'iso-immunisation est seule à l'origine de l'intervention, nous relevons 2 enfants morts (obs. 1136-1965 et 1329-1966) et un psychomoteur soit une mortalité de 16,6 % .

L'ENFANT PRECIEUX

Cette notion d'enfant précieux est relevée dans 108 observations soit dans 15,78 %.

Dans 20 cas l'enfant précieux représente l'indication majeure, soit 2,9 % de nos indications.

Cet enfant tant attendu explique que 54 femmes sur 108 soit 50 % soient suivies à notre consultation.

La césarienne est prophylactique dans 51 cas soit 47,2 %, dans 7 cas, elle est faite en urgence, dans 50 cas, au cours du travail.

Dans 2 observations seulement, l'enfant précieux représente l'indication unique (Obs. 235-1966 et Obs. 1409-1966)

Dans 51 observations, la notion d'enfant précieux est associée à une indication.

Dans 43 observations, à 2 indications.

Dans 10 observations, à 3 indications.

Dans 1 observation, à 4 indications.

Dans 1 observation, à 5 indications.

Au total, 176 indications associées aux 108 cas d'enfants précieux, par ordre de fréquence.

- Les viciations pelviennes : 44.
- Les présentations du siège : 22.
- Les dystocies dynamiques : 22.
- Les gros foetus : 21.
- Les césariennes itératives : 15.
- Une souffrance foetale : 7 fois.
- Une grossesse prolongée : 7 fois.
- Les occipito-postérieures, les obstacles praevia, le diabète, l'immunisation foeto-maternelle, : 5 fois.

- Les présentations transverses, les utérus cicatriciels après myomectomie, les cols cicatriciels, la maladie gravidique, l'hypertension artérielle : 2 fois.

- Une procidence du cordon, une grossesse gémellaire un placenta-*praevia*, une cardiopathie, un état de mal épileptique une tuberculose pulmonaire, une hernie hiatale, une psychopathie: 1 fois.

Quelles causes rendent cet enfant précieux ?

- Dans 50 observations, la primiparité âgée.

- Dans 35 observations, la mort des enfants précédents le plus souvent par accident obstétrical.

- Dans les autres observations, la stérilité traitée, les avortements à répétition, le rhésus négatif de la mère et positif du conjoint.

1 - La primiparité âgée :

Ces primipares sont âgées :

- 6 fois, de 25 à 30 ans.
- 21 fois, de 30 à 35 ans.
- 15 fois, de 35 à 40 ans.
- 8 fois, de 40 à 45 ans.

La primiparité âgée intervient dans les 50 observations :

- 12 fois comme indication majeure responsable de l'hystérotomie.
- 38 fois comme indication complémentaire.

2 - Les accidents obstétricaux des multipares : 36.

Sur ces 36 multipares :

- 21 sont des secondipares âgées :

- 4 fois, l'enfant précieux est l'indication majeure.
- 17 fois, l'enfant précieux est l'indication complémentaire.

- 15 sont des multipares ayant eu plus d'un enfant :

- 3 fois, l'enfant précieux est l'indication majeure.
- 12 fois, l'indication complémentaire.

Chez ces 36 femmes, on relève, dans les antécédents, 44 enfants morts d'accident obstétrical :

- 14 morts-nés :

- 3 de diabète.
- 1 d'hypertension artérielle avec dégénérescence placentaire.
- 1 par circulaire du cordon.

- 1 d'apoplexie utéro-placentaire.
- 3 d'iso-immunisation foeto- maternelle.
- 1 de placenta-*praevia*.
- 4 de cause inconnue.
- 10 morts de traumatisme obstétrical au cours d'un travail long, 5 d'hémorragie méningée.
- 2 morts après accouchement par le siège.
- 7 morts après extraction par forceps.
- 11 morts après leur naissance :
 - 3 d'iso-immunisation.
 - 3 après extraction par césarienne au cours d'un travail prolongé.
 - 2 de prématurité.
 - 1 après grande extraction pour présentation de l'épaule.
 - 2 de cause inconnue.

Nous comprenons la valeur toute particulière de l'enfant chez ces secundipares et ces multipares âgées. Ces antécédents obstétricaux chargés rendent la césarienne plus facile chez ces femmes âgées.

3 observations, exemples concrets nous permettront de mieux comprendre cette notion d'enfant précieux :

Obs. 1467-1964 :

VIe pare, VIIe geste, 34 ans, à terme. Antécédents : un avortement, 5 accouchements en 17 ans : 2 forceps sur enfants morts-nés, un enfant hémiplegique après accouchement par voie basse, un seul enfant normal. Les membranes sont rompues depuis 12 heures, le travail traîne depuis 6 h. L'examen montre un bassin limite aplati avec symphyse inclinée, la présentation est en O.I. D.T. Les bruits du cœur foetal s'assourdissent, le liquide se teinte, l'enfant est précieux absolument désiré, aucun risque ne peut être couru. Extraction par césarienne d'un garçon de 3 050 g qui crie dès la naissance et s'élève normalement.

Obs. 1136-1965 :

VIe pare, 37 ans, enceinte de 8 mois Antécédents : 5 enfants morts en 10 ans, le premier par traumatisme obstétrical, 2 morts-nés par incompatibilité foeto-maternelle, 2 morts d'ictère hémolytique 24 h après leur naissance. Immunisation foeto-maternelle grave (agglutinines : 1/4096e) Enfant donc précieux, mais atteint d'anasarque foeto-placentaire, mort dès le début de l'exanguino-transfusion.

Obs. 600-1966 :

IIIe pare, 35 ans, à terme. 2 enfants morts, l'un in-utero, l'autre 30 mn après l'extraction pour épaule négligée, en 9 ans. L'enfant actuel est en présentation transverse, aucun risque ne peut être couru, la césarienne prévue fait naître un enfant de 2 950 g qui crie dès sa naissance et s'élève normalement.

3 - Les avortements à répétition : 6 cas

- Une fois l'enfant précieux est l'indication majeure.
- 5 fois l'indication complémentaire.

Dans ces 5 observations, l'intervention césarienne est faite pour d'autres indications plus importantes : viciation pelvienne, dystocie dynamique, diabète, mais la notion d'enfant attendu, après un passé d'avortements, facilite la décision opératoire.

4 - Les stérilités traitées:

Dans 6 observations, ce sont des insuffisances hormonales compensées, 5 fois chez des primipares âgées, une fois chez une IIe pare âgée, ces 6 cas ont été déjà cités dans les paragraphes précédents.

Une seule observation de stérilité traitée chirurgicalement (Obs. 1485-1967) : IIe pare, 29 ans, une seule trompe après salpingectomie pour grossesse extra-utérine, rétroversion utérine opérée. Un avortement évité au 3e mois de la grossesse actuelle. L'enfant précieux est associé à un col cicatriciel (électrocoagulation) un périnée cicatriciel, une présentation du siège, un gros fœtus, une symphyse inclinée sur l'horizontale. Extraction d'une fille de 3 650 g qui crie immédiatement.

5 - Mère de rhésus négatif et père de rhésus positif:

Toujours indication complémentaire, cette notion accompagne des indications majeures de césarienne. Elle est rencontrée dans 15 observations où l'enfant est valorisé par le risque d'accident ultérieur d'iso-immunisation. Nous n'avons relevé que les observations où cette notion de rhésus différent entre les conjoints a été prise en considération dans la décision opératoire.

Sur les 108 cas où l'enfant est précieux, l'intervention césarienne a permis de faire naître 109 enfants, une grossesse étant gémellaire :

- 80 crient immédiatement, 27 sont réanimés.
- 2 sont morts après exsanguino-transfusion. (Obs. 1136-1965 et 1329-1966).

- Un est un encéphalopathe grave à la suite d'une hémorragie méningée. (Obs. 1677-1964).

- 5 sont exsanguinés pour incompatibilité foeto-maternelle et ont une évolution ultérieure normale.

- 2 geignent pendant plusieurs heures mais s'élèvent normalement ensuite.

- 13 sont revus à notre consultation postnatale : 12 en parfait état, un encéphalopathe déjà cité.

Ces primipares âgées attendant désespérément un enfant, ces multipares ayant perdu par accident obstétrical 44 enfants lors des accouchements précédents, ces malades traitées pour leur stérilité ou leurs avortements à répétition, ces femmes au rhésus négatif craignant un accident d'iso-immunisation ultérieur, soit 108 femmes ont pu, grâce à l'intervention césarienne, décidée dans des conditions obstétricales particulières obtenir 107 enfants vivants, valorisés par leur caractère extrêmement précieux.



III - INDICATIONS PATHOLOGIQUES MATERNELLES

DYSGRAVIDIES

La maladie gravidique tardive et ses accidents, éclampsie et apoplexie utéro-placentaire interviennent dans 36 de nos observations soit dans une proportion de 5,2 %.

Nous étudierons successivement :

- Les toxémies gravidiques.
- Les éclampsies.
- Les apoplexies utéro-placentaires.

I - TOXEMIES GRAVIDIQUES

La toxémie gravidique intervient dans 21 observations soit 3,07 %.

Dans 8 observations, elle représente l'indication principale de la voie haute soit 1,16 %.

Selon le stade plus ou moins évolué de la toxémie gravidique, nous distinguerons :

- Les simples rétentions hydro-sodées.
- Les hypertensions gravidiques sans albuminurie.
- Les néphropathies gravidiques.

1 - Rétentions hydro-sodées :

Obs. 355-1960 -

Ile pare, 29 ans, à terme. Première césarienne 6 ans plus tôt pour syndrome pré-éclamptique. Césarienne itérative première pour placenta-*prævia* marginal. Oedèmes malléolaires très importants sans albuminurie, ni hypertension artérielle. Hydramnios. Enfant de 3 100 g, cri immédiat, suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1381-1965 -

Ile pare, 34 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, rétention hydro-sodée très importante, avec œdèmes considérables des membres inférieurs et hydramnios. Gros fœtus et enfant précieux. Enfant de 3 100 g, cri immédiat, suites maternelles et fœtales simples.

2 observations, une indication majeure (Obs. 1381-1965).

2 - Hypertensions artérielles gravidiques sans albuminurie.

Obs. 2164-1965 -

Ile pare, 40 ans, 8 mois de grossesse, bassin oblique ovalaire, asymétrique, hypertension artérielle à 18/9. Oedèmes des membres inférieurs. Présentation en O.I.D.P. après 7 h. de travail. Césarienne permettant d'extraire un enfant de 3 050 g, cri immédiat, suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2317-1965 -

Ile pare, 37 ans, terme dépassé de 10 jours. Césarienne en urgence pour souffrance fœtale avec latérocidence du cordon, post-maturité et gros fœtus. Hypertension artérielle gravidique à 18/12 avec œdèmes des membres inférieurs sans albuminurie. Enfant de 5 kg, cri immédiat, suites maternelles et fœtales simples.

Dans ces 2 observations, l'hypertension artérielle gravidique sans albuminurie n'est qu'une indication complémentaire.

3 - Néphropathies gravidiques.

a) Albuminurie sans hypertension artérielle :

Obs. 1175-1960 -

Ile pare, 27 ans à terme, césarienne itérative première pour bassin oblique ovalaire asymétrique généralement rétréci. Signes mineurs de maladie gravidique : œdèmes des membres inférieurs et albuminurie. Enfant de 3 350 g., cri immédiat, suites fœtales et maternelles simples.

Obs. 1942-1962 -

Primipare, 25 ans, terme dépassé de 10 jours, bassin transversalement rétréci limite. Albuminurie et œdèmes des membres inférieurs. Echec du déclenchement pour postmaturité, anomalie de contractions utérines et de dilatation, présentation en O.I.D.P. Extraction par césarienne d'un enfant de 3 300 g, cri immédiat, suites maternelles et fœtales normales.

Obs. 752-1965 -

Ile pare, 25 ans, enceinte de 8 mois 1/2, césarienne itérative première pour bassin généralement rétréci. Grossesse gémellaire. Signes de maladie gravidique tardive : protéinurie massive et rétention hydro-saline, enfants de 2 800 et 2 650 g, cri immédiat. Suites maternelles et fœtales normales.

Obs. 1189-1965 -

Ile pare, 28 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, césarienne itérative première prévue pour maladie gravidique : albuminurie et rétention hydro-saline, enfant de 3 kg., cri immédiat, suites maternelles et fœtales simples.

4 observations, une indication majeure.

Dans les 3 premières observations, la maladie gravidique fait partie d'un ensemble d'indications mais ne représente pas l'indication principale.

Dans la dernière observation, elle constitue l'indication majeure à l'origine de l'hystérotomie.

b) Néphropathies gravidiques avec hypertension artérielle.

Obs. 1344-1959 -

Primipare, 25 ans à terme. Bassin généralement rétréci limite. Téguments infiltrés, albuminurie massive, hypertension artérielle à 18/13. Césarienne après 8 h. de travail. Enfant de 3 900 g, réanimé. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 522-1962 :

Primipare, 24 ans, à terme. Bassin limite généralement rétréci. Néphropathie gravidique : tension artérielle 15/10. Œdèmes des membres inférieurs, albuminurie, cylindres granuleux. Anomalie de dilatation et hypertonie utérine. Souffrance fœtale. Césarienne en urgence : enfant de 3 kg, réanimé. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2483-1963 -

Primipare, 25 ans, à terme. Césarienne prévue pour bassin généralement rétréci et symphyse horizontale. Signes de maladie gravidique : albuminurie, hématies/minutes augmentées, hypertension artérielle. Fœtus araignée, 1 800 g, réanimé, s'élevant normalement.

Obs. 1052-1964 -

Primipare, 22 ans, enceinte de 8 mois. Grossesse gémellaire, premier jumeau en présentation du front. Maladie gravidique tardive : tension artérielle 17/12, albuminurie massive, césarienne après 6 h. d'épreuve du travail : enfant de 2 150 g et de 1 500 g, réanimés. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1320-1964 -

Primipare, 21 ans, à terme. Césarienne prévue pour bassin limite généralement rétréci, gros fœtus et maladie gravidique :

hypertension artérielle à 18/11, œdèmes des membres inférieurs, albuminurie. Enfant de 3 kg, réanimé. Infarctus placentaires anciens, suites fœtales simples, anémie maternelle.

Obs. 1657-1964 -

Ile pare, 30 ans, à terme. Présentation transverse. Souffrance fœtale et signes de maladie gravidique tardive : albuminurie, œdèmes des membres inférieurs, tension artérielle à 14/10. Cylindres granulo-hyalins. Enfant de 2 250 g, cri immédiat. Suites fœtales et maternelles simples.

Obs. 2038-1964 -

Ile pare, 29 ans, enceinte de 8 mois, maladie gravidique tardive : albuminurie, œdèmes des membres inférieurs, hypertension artérielle à 16/10. Cylindres granuleux. Echec de déclenchement, épreuve du travail de 6 h. Enfant de 2 100 g., réanimé 2 mn. Stérilisation, suites maternelles et fœtales simples. Placenta avec villosités atrophiques et infarctus multiples.

Obs. 2367-1964 -

Primipare, 33 ans, enceinte de 8 mois. Etat pré-éclamptique : hypertension artérielle à 26/16, albuminurie, œdèmes des membres inférieurs, troubles oculaires, mise au repos et traitement médical, F.O. : œdèmes rétinien et nombreux signes du croisement. Frottis vaginaux de terme atteint. Apparition d'une souffrance fœtale. Césarienne en urgence, enfant de 2 300 g, réanimé, trémulant mais s'élevant normalement. Chez la mère, régression des troubles rénaux, régularisation fonctionnelle, persistance des lésions oculaires.

Obs. 242-1965 -

Ile pare, 23 ans, enceinte de 8 mois. Césarienne prévue pour néphropathie gravidique : hypertension artérielle à 15/8, hydramnios, albuminurie, F.O. : ébauches de croisement. Enfant précieux. Césarienne en urgence, enfant de 2 200 g, décédé 12 h après naissance dans un tableau d'insuffisance respiratoire. Suites maternelles simples.

Obs. 1531-1965 -

Primipare, 20 ans, à terme. Césarienne prévue pour hypertension artérielle gravidique à 16/9, albuminurie massive. Grossesse gémellaire avec premier jumeau en présentation du siège. Enfant de 2 800 g et 1 900 g. réanimés, suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1863-1966 -

Primipare, 39 ans à terme, hypertension artérielle à 17/11, albuminurie. Enfant précieux, gros fœtus. Césarienne après 6 h.

de travail, enfant de 3 400 g. Cri immédiat. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2920-1966 -

Primipare, 24 ans, à terme. Hypertension artérielle gravidique, albuminurie, infiltration tégumentaire. Symphyse inclinée sur l'horizontale, souffrance fœtale après 8 h de travail. Césarienne enfant de 3 750 g criant et s'élevant normalement. Embolie pulmonaire maternelle au 4ème jour post-opératoire.

Obs. 1575-1967 -

Primipare, 19 ans 1/2, à terme, symphyse inclinée sur l'horizontale, présentation en O.I.G.P. mal fléchie après 10h de travail. Hypertension artérielle à 19/11, albuminurie massive, œdèmes des membres inférieurs. Césarienne : enfant de 2 850 g, cri immédiat, élevage normal. Suites maternelles simples.

13 cas de néphropathies gravidiques hypertensives.

La maladie gravidique est associée :

- A une viciation pelvienne : 6 fois
- A une souffrance fœtale : 5 fois.
- A un gros fœtus, à un enfant précieux, à une grossesse gémellaire : 2 fois
- A une présentation dystocique : siège, front, transverse, à une dystocie fonctionnelle : 1 fois.

La néphropathie gravidique appartient dans chaque cas à un ensemble d'indications à l'origine de l'hystérotomie.

Dans 6 observations : 2038-1964, 2367-1964, 242-1965, 1531-1965, 1863-1966, 2920-1966, elle est considérée comme l'indication principale de la voie haute.

Ces femmes sont des primipares : 11 fois, des secondes pares : 8 fois, des troisièmes pares : 2 fois.

Au moment de la césarienne, la grossesse est :

- 5 fois à 8 mois.
- 3 fois à 8 mois 1/2
- 11 fois à terme.
- 2 fois prolongée.

Les suites maternelles sont simples, sauf dans un cas où il y a une embolie pulmonaire au 4ème jour post-opératoire.

- Les enfants : 24, 3 grossesses étant gémellaires.

- 1 est décédé 12 h. après sa naissance dans un tableau d'insuffisance respiratoire (obs. 242-1965), les 23 autres sont vivants : 13 crient immédiatement, 10 sont réanimés.

- 1 est un grand prématuré, de poids inférieur à 1 800 g.

- 7 sont prématurés de poids inférieur à 2 500 g.

- 7 ont un poids compris entre 2 500 et 3 000 g.

- 9 pèsent plus de 3 000 g.

23 enfants s'élèvent normalement.

L'évacuation de l'utérus a permis dans tous les cas d'améliorer l'état maternel, et de sauver l'enfant 20 fois sur 21.

II - ECLAMPSIES -

Obs. 1015-1963 -

Primipare, 22 ans, à terme. Bassin transversalement rétréci et canaliculé limite. Epreuve du travail de 10 h. Crise d'éclampsie avec tension artérielle à 24, coma postcritique, utérus hypertonique moulé en sablier sur une présentation en O.I.D.P. mal fléchie. Césarienne en urgence, enfant de 3 400 g, réanimé durant 3 mn. Suites maternelles simples.

Obs. 361-1964 -

Primipare, 18 ans, enceinte de 8 mois 1/2. Crise d'éclampsie avec hypertension artérielle à 16/10, albuminurie massive, œdèmes importants des membres inférieurs et de la face. Aucune action du traitement médical, coma éclamptique. Grossesse gémellaire. Césarienne en urgence. 2 enfants vivants de 3 030 g et de 2 750 g criant immédiatement. Placenta atrophique et scléreux. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1719-1965 -

Primipare, 16 ans, à terme. Crise d'éclampsie avec hypertension artérielle à 18/10, albuminurie massive, œdèmes des membres inférieurs. Etat semi-comateux, césarienne en urgence : enfant de 3 100 g, cri immédiat. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1933-1965 -

IIIe pare, 34 ans, enceinte de 7 mois. Crise d'éclampsie et coma post-critique : œdèmes des membres inférieurs et de la face, hypertension artérielle à 23/11. Césarienne en urgence, enfant mort. Voie basse impossible. Placenta chair à saucisse avec zones hyalinisées et zones apoplectiques. Suites maternelles simples.

Obs. 2852-1967 -

Primipare, 16 ans 1/2, 7 mois 1/2 de grossesse. Crise d'éclampsie avec hypertension artérielle à 18/13, albuminurie, œdèmes facial et malléolaire. Césarienne en urgence : enfant de 1 520 g. réanimé. Placenta avec infarctus multiples. Enfant élevé dans le Service des Prématurés.

5 césariennes pour crises d'éclampsie, soit 0,73 % des indications, toutes indications majeures.

Amélioration post-opératoire de la mère dans tous les cas et suites simples.

Extraction de 6 enfants, une grossesse étant gémellaire : 3 crient immédiatement, 2 sont réanimés.

Un enfant est mort et macéré, son extraction par voie basse est impossible.

5 enfants évoluent normalement : 2 prématurés, 3 enfants de poids supérieur à 3 kg.

L'intervention césarienne nous a permis de sauver 5 enfants sur 6.

GREENHILL et DIECKMANN se sont élevés contre la solution chirurgicale dans l'éclampsie, l'accusant d'augmenter la mortalité maternelle.

MENON rapporte 25 césariennes sur 105 cas d'éclampsies avec 22 enfants vivants et une mortalité maternelle de 4,8 %.

Sur nos 5 malades, 4 sont des primipares, le traitement médical et obstétrical est peu efficace, nous avons préféré intervenir, la 5ème malade est une IIIe pare, l'enfant est mort, mais l'extraction par voie basse est impossible.

III - APOPLEXIES UTERO-PLACENTAIRES -

Obs. 1181-1962 -

Ile pare, 24 ans, 7 mois 1/2 de grossesse. Métrorragies très abondantes, rupture artificielle des membranes sans effet. Placenta-*praevia* marginal. Collapsus cardio-vasculaire, maîtrisé par traitement du choc. Fibrinolyse pré et per opératoire. Taux de fibrinogène nul. Fibrinolyse traitée par inhibiteurs de KUNITZ. Césarienne en urgence. Utérus d'apoplexie utéro-placentaire, avec plaques ecchymotiques et noirâtres. Hématome rétro-placentaire sur les 2/3 du placenta. Enfant mort de 2 270 g. Suites maternelles simples.

Obs. 1161-1963 -

Ive pare, 35 ans, 7 mois de grossesse, métrorragies et hypertonie utérine. Césarienne en urgence : enfant de 1 900 g vivant, réanimé. Zone de décollement placentaire. Hémorragie per-opératoire par fibrinolyse maîtrisée par des anti-enzymes. Suites maternelles fébriles mais simples. Enfant ictérique, mélaena et hémâtémèses. Exsanguino-transfusion. Revu ultérieurement : hydrocéphale et infirme psychomoteur.

Obs. 1612-1963 -

Primipare, 20 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, métrorragies noirâtres, contracture utérine, collapsus grave. Rupture artificielle des membranes. Césarienne en urgence. Enfant de 4 100 g, criant immédiatement. Hématome rétro-placentaire en anneau. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 214-1964 -

IIIe pare, 39 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, métrorragies, contracture utérine, absence de bruits du cœur fœtal. Echec d'une épreuve du travail. Fibrinolyse traitée par anti-enzymes. Collapsus cardio-vasculaire, césarienne en urgence : enfant mort de 3 150 g, utérus noirâtre et œdédié. Placenta entièrement décollé par hématome rétro-placentaire. Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale. Suites maternelles compliquées : Anémie et oligoanurie durant 36 heures.

Obs. 525-1964 -

Primipare, 24 ans, enceinte de 8 mois. Métrorragies de sang noir, hypertonie utérine, œdèmes des membres inférieurs, albuminurie. Absence de bruits du cœur fœtal. Rupture artificielle des membranes. Echec du déclenchement. Césarienne en urgence : utérus infiltré et infarci. Hématome rétro-placentaire volumineux. Fibrinolyse peropératoire traitée par anti-enzymes. Enfant mort-né de 1 300 g Suites maternelles simples.

Obs. 1830-1964 -

Ile pare, 40 ans, enceinte de 8 mois. Métrorragies, utérus hypertonique, albuminurie. Echec d'une épreuve du travail. Césarienne d'indication maternelle : Utérus ecchymotique bigarré, hématome rétro-placentaire du volume d'un poing. Hémorragie en nappe de la tranche utérine : fibrinolyse, traitement par acide-aminocaproïque. Suites maternelles compliquées : anémie et lochies rutilantes. Enfant de 1 850 g, cri immédiat et élevage normal.

Obs. 60-1965 -

Primipare, 29 ans, à terme. Métrorragies, lipothymies, chute tensionnelle, albuminurie. Suspicion d'apoplexie utéro-placentaire non confirmée par l'intervention. Enfant de 3 850 g. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 160-1965 -

Primipare, 19 ans, 8 mois 1/2 de grossesse. Métrorragies, albuminurie, hypertension artérielle à 16/9, œdèmes des membres inférieurs. Suspicion d'apoplexie utéro-placentaire non confirmée par l'intervention. Fœtus araignée de 2 400 g, criant dès sa naissance. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 542-1965 -

IVe pare, 24 ans, à terme, métrorragies, hypertonie utérine, bruits du cœur fœtal assourdis, fibrinolyse de 57 %. Césarienne en urgence : utérus infarci, hématome rétro-placentaire occupant les 3/4 du placenta. Fibrinolyse contrôlée par les anti-enzymes. Enfant de 3 kg. cri immédiat. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 551-1965 -

Xe pare, 38 ans, 7 mois 1/2 de grossesse, métrorragies, absence de bruits du cœur fœtal, fibrinolyse débutante contrôlée par des anti-enzymes. Césarienne en urgence : utérus noirâtre, placenta entièrement décollé par hématome rétro-placentaire. Stérilisation. Enfant mort-né de 3 250 g. suites maternelles : embolie pulmonaire à la 24ème heure.

Obs. 775-1966 -

VIIe pare, 30 ans, à terme, métrorragies, hypertonie utérine. Césarienne après 4 heures d'épreuve du travail : utérus ischémié, annexes infarcies, placenta entièrement décollé par hématome rétro-placentaire. Enfant mort-né de 3 250 g. Suites maternelles simples.

9 apoplexies utéro-placentaires, 2 suspicions cliniques, toutes indications majeures de l'hystérotomie, soit 1,60%.

8 tentatives et échecs de déclenchement.

La grossesse est :

- A 7 mois, 1 fois.
- A 7 mois 1/2, 2 fois.
- A 8 mois, 2 fois.
- A 8 mois 1/2, 3 fois.
- A terme, 3 fois.

Nous notons :

- Un placenta praevia associé à l'hématome rétro-placentaire (obs. 1181-1962).
- 7 fibrinolyse pré et postopératoires, toutes contrôlées.
- Une hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.

Le pronostic foetal est mauvais : 5 enfants morts-nés, 6 vivants, soit une mortalité foetale de 45,4 %.

BIEBER, dans une statistique globale, montre que le pourcentage de vies foetales s'élève de 16,6 % à 34,4 % lorsqu'on devient plus interventionniste.

BYSSCHE, du Sloane Hospital a une mortalité foetale qui passe de 35,6 % à 23,6 % en même temps que la fréquence des césariennes passe de 12,9 % à 30 %.

Notre pourcentage de succès foetal, après hystérotomie, est de 54,5 %, il est de 61 % pour Mc NEILL, 77 % pour DARO, COLLIN et NORA, de 68 % pour KINBROUGH.

LESBATS, dans sa thèse inspirée par RIVIERE et CHASTRUSSE sur 31 observations d'hémorragies rétro-placentaires, et bruits du coeur foetal audibles, après élimination de 3 malades à utérus de bois, relève 16 enfants vivants sur 28 et pense que d'autres enfants auraient vécu si la césarienne avait été pratiquée en temps voulu.

Sur nos 5 enfants vivants : 3 crient immédiatement; un est réanimé :

- Un enfant pèse moins de 1 800 G
- 4 enfants pèsent entre 1 800 g et 2 500 g.
- 2 plus de 2 500 g et moins de 3 kg.
- 4 plus de 3 kg.
- 5 enfants sur 6 évoluent normalement.
- 1 est exsanguiné et revu comme infirme psychomoteur.

9 mères sur 11 ont des suites simples, 2 présentent des complications : une oligoanurie et une embolie pulmonaire.

Le pronostic foetal est très compromis dans les hématomes rétro-placentaires, mais lorsque les bruits du coeur foetal sont bons, l'enfant viable, le travail inefficace pour assurer un accouchement rapide, l'hystérotomie s'impose.

MALADIES MATERNELLES NON GRAVIDIQUES

Dans 32 observations, intervient comme indication une maladie maternelle non gravidique soit un coefficient de participation de 4,67 %.

Dans 12 observations, cette maladie maternelle constitue l'indication majeure de l'hystérotomie soit 1,75 % des indications principales.

Les maladies maternelles rencontrées dans notre statistique sont des :

- Néphropathies.
- Hypertensions artérielles non gravidiques.
- Cardiopathies
- Tuberculoses pulmonaires
- Hernies hiatales
- Affections neurologiques.
- Décollements de rétine.

I - LES NEPHROPATHIES : 5 -

Obs. 101-1964 -

Primipare, 24 ans, à terme, néphropathie chronique aggravée par la grossesse : hypertension artérielle, oedèmes, albuminurie cylindres granuleux. Bassin généralement rétréci avec symphyse horizontale. Foetus araignée de 2 kg. Cri immédiat. Placenta avec infarctissements et villosités atrophiques. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 1855-1964 -

Primipare, 28 ans, 8 mois de grossesse. Syndrome néphrotique à rechutes fréquentes. Echec de déclenchement. Enfant de 3 kg. Cri immédiat, élevage normal, placenta atrophique. Suites foetales et maternelles simples.

Obs. 840-1965 -

Ve pare, 36 ans, 8 mois de grossesse, antécédents : néphrectomie gauche pour pyonéphrose due à une septicémie puerpérale. Césarienne prévue pour pyélonéphrite sur rein restant. Enfant de 2 800 g réanimé. Stérilisation. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 2128-1965 -

Ile pare, 27 ans, à terme. Césarienne itérative première pour bassin généralement rétréci. Pyélonéphrite. Enfant de 3 350 g. qui crie dès sa naissance. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 2425-1965 -

Ile pare de 29 ans, 8 mois 1/2 de grossesse. Néphrose lipéidique avec nombreuses rechutes. Césarienne itérative première. Stérilisation. Enfant de 3 800 g s'élevant normalement. Suites maternelles simples.

Les néphropathies interviennent dans 5 observations soit dans 0,73 % des cas.

Dans 3 observations, elles constituent l'indication majeure soit 0,43 % des indications principales.

Elle permet dans 2 cas de pratiquer une stérilisation.

Les 3 indications majeures sont :

- 2 syndromes néphrotiques (Obs. 1855-1964 et 2425-1965)
- une pyélonéphrite grave sur un seul rein (obs. 840-1965)

Dans les autres observations, la néphropathie n'est qu'une indication complémentaire.

3 interruptions de grossesse ont lieu dans le 8ème mois.

Les 5 enfants sont vivants : 3 de poids inférieur ou égal à 3 kg., 2 de poids supérieur à 3 kg.

Les suites maternelles sont simples.

II - LES HYPERTENSIONS ARTERIELLES NON GRAVIDIQUES : 5

Obs. 2186-1963 -

Ile pare, 40 ans, 8 mois de grossesse, hypertension artérielle à 18/12 avec troubles fonctionnels. Enfant précieux : premier enfant mort in-utero. Enfant de 2 400 g réanimé. Infarctus placentaires blanchâtres, suites foetales et maternelles simples. Pas d'amélioration de la tension artérielle maternelle.

Obs. 2331-1964 -

Primipare, 39 ans, 8 mois de grossesse, hypertension artérielle avec névrite optique récidivante et sclérose en plaques. Enfant précieux. Enfant de 2 kg réanimé, placenta atrophique, suites foetales et maternelles simples, pas d'amélioration de la tension artérielle maternelle.

Obs. 2523-1964 -

Primipare, 23 ans, à terme. Présentation du siège décomplété, bassin limite généralement rétréci et hypertension artérielle non gravidique avec albuminurie F.O. : stade I, enfant de 2 600 g cri immédiat, suites foetales et maternelles simples.

Obs. 2508-1964 -

Primipare, IVE geste de 24 ans, enceinte de 7 mois, hypertension artérielle grave avec hémiplegie droite, 3 foetus précédents morts in-utero à 7 mois. Césarienne : foetus mort. Suites maternelles simples.

Obs. 1349-1967 -

Primipare, 33 ans, 8 mois de grossesse, hypertension artérielle, 24/10 due à un phéochromocytome, albuminurie. F.O. : Hypertension rétinienne, stade I. Catécholamines augmentées. Tumeur surrénalienne confirmée par rétropneumopéritoine, sur-rénalectomie refusée. Césarienne prévue : enfant de 2 050 g, cri immédiat, suites maternelles et foetales simples.

- 5 hypertensions artérielles non gravidiques soit une participation de 0,73 %

- 4 césariennes pour hypertension artérielle soit un pourcentage de 0,58 % des indications principales.

Moment de la césarienne :

- 3 patientes opérées à 8 mois de grossesse.

- 1 opérée à 7 mois pour enfant mort et stérilisation.

- 1 opérée à 9 mois, mais l'hypertension artérielle est une indication complémentaire.

- 4 enfants vivants, 2 réanimés, 2 criant dès leur naissance, tous de poids inférieur à 3 kg.

Suites maternelles immédiates simples mais sans amélioration de la tension artérielle.

III - LES CARDIOPATHIES : 9

Obs. 635-1964 -

Primipare, 33 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, enfant précieux. Rétrécissement mitral commissurotomisé. Césarienne prévue : enfant de 3 400 g, cri immédiat, suites maternelles et foetales simples.

Obs. 1036-1964 -

Primipare, 38 ans, à terme, bassin généralement rétréci, enfant précieux, rétrécissement mitral avec dyspnée d'effort, césarienne prévue : enfant de 2 730 g., cri immédiat, stérilisation, suites maternelles et foetales normales.

Obs. 2262-1964 -

VIIe pare, 30 ans, 8 mois 1/2 de grossesse. Césarienne itérative première pour présentation du front, gros fœtus, anomalie de dilatation du col. Insuffisance ventriculaire droite, enfant de 4 200 g, réanimé s'élevant normalement. Stérilisation. Collapsus maternel postopératoire réversible..

Obs. 1306-1965 -

IIe pare, 20 ans, à terme. Césarienne itérative première pour présentation du siège et bassin généralement rétréci. Rétrécissement mitral avec rhumatisme cardiaque évolutif. Enfant de 3 100 g. Cri immédiat. Stérilisation. Syndrome subocclusif fœtal. Suites maternelles simples.

Obs. 1358-1965 -

IIIe pare, 28 ans, 7 mois 1/2 de grossesse. Césarienne en urgence pour présentation de l'épaule. Rétrécissement mitral commissurotomisé 8 ans avant avec arythmie complète par fibrillation auriculaire. Enfant de 1 700 g décédé 3 jours après sa naissance. Stérilisation. Syndrome subocclusif maternel du 3ème au 6ème jour régressif.

Obs. 1703-1965 -

VIe pare, VIIe geste, 34 ans, 8 mois de grossesse. Cardiopathie rhumatismale : oedème aigu du poumon, tachycardie supraventriculaire avec signes de surcharge à l'E.C.G. Césarienne prévue, collapsus irréversible dès l'injection du Penthiobarbital : fibrillation ventriculaire, mort de la mère, césarienne de sauvetage fœtal, enfant de 2 200 g, cri immédiat, élevage normal.

Obs. 600-1966 -

IIIe pare, 35 ans, à terme, présentation transversale. Enfant précieux : 2 enfants précédents morts après accouchement. Maladie mitrale avec prédominance de rétrécissement mitral sans retentissement pulmonaire. Enfant de 2 950 g, cri immédiat, suites maternelles et foetales simples.

Obs. 34-1967 -

IIIe pare, 31 ans, à terme, césarienne itérative seconde, pour bassin généralement rétréci. Maladie mitrale avec prédominance d'insuffisance mitrale. Enfant de 3 500 g criant dès sa naissance, stérilisation. Accident cardiovasculaire maternel réversible au 2ème jour postopératoire. Suites foetales simples.

Obs. 632-1967 -

Ile pare, 23 ans, à terme. Césarienne pour col cicatriciel (antécédents d'électrocoagulation) Communication inter-auriculaire opérée un an plus tôt, enfant de 3 kg. Cri immédiat, stérilisation. Suites foetales et maternelles simples.

L'intervention césarienne pour cardiopathie est très discutable : nous ne relevons qu'un seul cas de cardiopathie en tant qu'indication principale soit 0,14 % . Dans cette observation : 1703-1965, la césarienne est prévue pour interruption de grossesse et stérilisation, des accidents cardio-pulmonaires survenant de façon répétée, la mère meurt d'un collapsus en début d'anesthésie.

Dans les 8 autres observations, il existe :

- 4 rétrécissements mitraux dont 2 commissurotomisés
- 2 maladies mitrales
- 1 insuffisance ventriculaire droite.
- 1 communication inter-auriculaire opérée.

Dans tous ces cas, la cardiopathie entre dans un groupe d'indications, l'indication principale étant :

- une viciation pelvienne : 2 fois
- un enfant précieux : 1 fois.
- une présentation du front : 1 fois.
- une présentation transverse : 2 fois.
- une présentation pelvienne : 1 fois.
- un col cicatriciel : 1 fois.

Les cardiopathies interviennent ainsi dans 1,16 % des observations.

La laparotomie a permis de pratiquer une ligature résection des trompes dans 6 cas.

Un seul enfant est mort, prématuré de 1 700 g.

Nous déplorons chez la mère :

- une mort par collapsus peropératoire.
- 3 complications post-opératoires :
 - un collapsus réversible.
 - un accident cardiovasculaire réversible
 - un syndrome subocclusif régressif..

IV - LES PNEUMOPATHIES -

3 tuberculoses pulmonaires évolutives (Obs. 1253-1960, 1468-1964, 1356-1965). Cette pneumopathie intervient comme indication d'appoint dans 0,43 % des césariennes. L'indication princeps est 2 fois une présentation pelvienne, une fois une césarienne itérative première.

Dans 2 cas, une ligature-résection des trompes est pratiquée.

V - HERNIES HIATALES -

2 soit une participation de 0,29 % (Obs. 1253-1960 et 1701-1966).

L'indication princeps est une présentation pelvienne et une césarienne itérative première.

VI - MALADIES NEUROLOGIQUES -

3 soit une participation de 0,43 % .

Dans 2 observations, elles représentent l'indication principale soit 0,29 %, il s'agit :

- d'un neurinome de l'auditif opéré 2 fois : indication de césarienne et de stérilisation posée par les neuro-chirurgiens (Obs. 633-1967).

- un état de mal épileptique résistant au traitement médical. L'enfant est précieux (Obs. 2628-1967).

Dans une observation (Obs. 1871-1967) une souffrance foetale représente l'indication d'urgence mais la mère a présenté des crises comitiales récentes.

VII - MALADIES OPHTALMIQUES -

2 indications majeures soit 0,29 %, indication de césarienne et stérilisation posée par les ophtalmologues.

- un décollement de rétine sur un seul oeil valable (obs. 595-1962).

- 2 décollements de rétine au cours de la grossesse sur un seul oeil valable (obs. 2832-1966).

VIII - PSYCHOPATHIES -

3 psychopathies soit 0,43 % de participation (obs. 1180-1962, 2546-1964, 1731-1967). Elles ne représentent que des indications complémentaires.

ETUDE SYNTHETIQUE

I - INDICATIONS TOTALES

- Le tableau n° 9 synoptique représente toutes les indications rencontrées dans nos 684 observations de césariennes : - sur la diagonale, en chiffres gras, le nombre total des différentes indications,

- sur les horizontales et les verticales, en chiffres clairs, les indications associées correspondantes.

- Le tableau n°10 expose le nombre total des différentes indications et leur pourcentage respectif par rapport au nombre total des interventions césariennes, indice de participation de chaque indication.

II - INDICATIONS PRINCIPALES

- Le tableau n° 11 représente les indications principales, leurs nombres et leurs pourcentages respectifs dans les 684 observations de césariennes.

- Le tableau n° 12 expose les indications principales en fonction du moment de l'intervention chirurgicale telles qu'elles se présentent en pratique quotidienne à la Clinique Obstétricale :

- Indications de césariennes prophylactiques, prévues avant tout début de travail : 207 soit 30,26 %.
- Indications de césariennes pratiquées en cours de travail : 358 soit 52,33 %.
- Indications de césariennes effectuées en urgence : 119 soit 17,39 %.

	Dystocies Pelviennes	Gros Foetus	Présentations Transverses	Présentations du Siège	Présentations de la Face	Présentations du Front	Présentations du Bregma	Présentations O. Post. Défléchies	Présentations O. Postérieures	Dystocies Dynamiques	Césariennes Itératives	Cicatrices de Myomectomies	Placenta Praevia	Obstacles Praevia
Dystocies Pelviennes	306	80	4	44	1	2	3	7	22	73	93		1	5
Gros Foetus	80	141	2	15		1	1	5	9	42	30		1	8
Présentations Transverses	4	2	51							2	5		10	
Présentations du Siège	44	15		93						23	12	1	7	6
Présentations de la Face	1				4									
Présentations du Front	2	1				12				1	1			
Présentations du Bregma	3	1					9			7	1			1
Présentations O. Post. Défléchies	7	5						12		3				
Présentations O. Postérieures	22	9							40	22	1			2
Dystocies Dynamiques	73	42	2	23		1	7	3	22	187	17			1
Césariennes Itératives	93	30	5	12		1	1		1	17	157	1	3	2
Cicatrices de Myomectomies				1							1	3		
Placenta Praevia	1	1	10	7							3		43	
Obstacles Praevia	5	8		6			1		2	1	2			31
Procidences du cordon	2		4	4		1			1	1	1		1	22
Souffrances Fœtales	34	25	5	6	1	2	1	1	12	36	6		9	11
Postmaturités	15	8		6		1	1		3	12	4			
Diabètes		2									1			
Maladies Hémolytiques	1	2	2	1						1	5		1	
Enfants Précieux	44	21	2	22					5	22	15	2	1	7
Toxémies Gravidiques	8	4	1	1		1		1	2	2	4		1	
Eclampsies	1							1		1				
Apoplexies utéro-placent.														
Néphropathies	2													
Hypertensions Artérielles	1			1						1				
Cardiopathies	3		2	1		1				1	3			
Tuberculoses Pulmonaires				2							1			
Hernies Hiatales	1			1							1			
Indications Neurologiques														
Indications Ophtalmiques														
Psychopathies	1	1												

Procidences du cordon	Souffrances Fœtales	Postmaturités	Diabètes	Maladies Hémolytiques	Enfants Précieux	Toxémies Gravidiqes	Eclampsies	Apoplexies utéro-placentaires	Néphropathies	Hypertensions Artérielles	Cardiopathies	Tuberculoses Pulmonaires	Hernies Hiatales	Indications Neurologiques	Indications Ophtalmiques	Psychopathies
2	34	15		1	44	8	1		2	1	3		1			1
	25	8	2	2	21	4										1
4	5			2	2	1					2					
4	6	6		1	22	1				1	1	2	1			
	1															
1	2	1				1					1					
	1	1														
	1					1	1									
1	12	3			5	2										
1	36	12		1	22	2	1			1	1					
1	6	4	1	5	15	4					3	1	1			
					2											
1	9			1	1	1										
2	1				7						1					
24	10				1											
10	109	12	1		7	5				1						
	12	35			7	2										1
	1		12	1	5											
			1	14	5											
1	7	7	5	5	108	2				2	1	1	1	1		1
	5	2			2	21										
							5									
								11								
									5							
	1				2					5						
					1						9					
					1							3				
					1								2			
					1									3		
															2	
		1			1											3

I N D I C A T I O N S T O T A L E S

INDICATIONS OBSTETRIQUES CLASSIQUES	Nb. d'Obs.	%
- <u>DISPROPORTIONS FOETO-PELVIENNES</u>		
- Viciations Pelviennes	306	44,73%
- Excès de Volume Foetal	141	20,61%
- <u>PRESENTATIONS DYSTOCHIQUES</u>		
- Présentations du Siège	93	13,59%
- Présentations Transversales	51	7,45%
- Présentations de la Face	4	0,58%
- Présentations du Front	12	1,75%
- Présentations du Bregma	9	1,31%
- Présentations O. P. Défléchies	12	1,75%
- Présentations en O. P. non Défléchies	40	5,84%
- <u>DYSTOCIES FONCTIONNELLES</u>	187	27,33%
a) Pures	33	
b) Secondaires	154	
- <u>UTERUS CICATRICIELS</u>		
a) Césariennes Itératives	157	22,95%
b) Myomectomies	3	0,43%
- <u>PLACENTA PRAEVIA</u>	43	6,28%
- <u>OBSTACLES PRAEVIA</u>	31	4,53%
- <u>PROCIDENCES DU CORDON</u>	24	3,50%
INDICATIONS MODERNES DE SECURITE		
<u>FOETALE</u>		
- <u>SOUFFRANCE FOETALE</u>	109	15,94%
- <u>POSTMATURITE</u>	35	5,11%
- <u>DIABETE</u>	12	1,75%
- <u>ISO-IMMUNISATION FOETO-MATERNELLE</u>	14	2,04%
- <u>ENFANT PRECIEUX</u>	108	15,78%
INDICATIONS PATHOLOGIQUES MATER-		
NELLES :		
- <u>DYSGRAVIDIES</u>		
- Toxémies gravidiques	21	3,07%
- Eclampsies	5	0,73%
- Apoplexies utéro-placentaires	11	1,60%
- <u>MALADIES MATERNELLES NON GRAVI-</u>		
<u>DIQUES</u>		
- Néphropathies	5	0,73%
- Hypertensions artérielles	5	0,73%
- Cardiopathies	9	1,16%
- Tuberculoses pulmonaires	3	0,43%
- Hernies Hiatales	2	0,29%
- Indications neurologiques	3	0,43%
- Décollements de rétine	2	0,29%
- Psychopathies	3	0,43%

INDICATIONS PRINCIPALES

INDICATIONS OBSTETRIQUES CLASSIQUES	Nb. d'Obs.	%
- <u>DISPROPORTIONS FOËTO-PELVIENNES</u>		
- Viciations Pelviennes	251	36,69%
- Excès de Volume Foetal	49	7,16%
- <u>PRESENTATIONS DYSTOCIQUES</u>		
- Présentations du Siège	57	8,33%
- Présentations Transverses	37	5,40%
- Présentations de la Face	4	0,58%
- Présentations du Front	12	1,75%
- Présentations du Bregma	9	1,31%
- Présentations O.P. défléchies	3	0,43%
- Présentations O. Postérieures	10	1,46%
- <u>DYSTOCIES FONCTIONNELLES</u>	33	4,82%
- <u>UTERUS CICATRICIELS</u>		
a) césariennes itératives	28	4,09%
b) myomectomies	2	0,29%
- <u>PLACENTA PRAEVIA</u>	43	6,28%
- <u>OBSTACLES PRAEVIA</u>	23	3,36%
- <u>PROCIDENCES DU CORDON</u>	19	2,77%
INDICATIONS MODERNES DE SECURITE		
FOËTALE		
- <u>SOUFFRANCE FOËTALE</u>	11	1,60%
- <u>POSTMATURITE</u>	15	2,19%
- <u>DIABETE</u>	10	1,46%
- <u>IMMUNISATION FOËTO-MATERNELLE</u>	12	1,75%
- <u>ENFANT PRÉCIEUX</u>	20	2,92%
INDICATIONS PATHOLOGIQUES MATER-		
NELLES :		
- <u>DYSGRAVIDIES</u>		
- Toxémies gravidiques	8	1,16%
- Eclampsies	5	0,73%
- Apoplexies utéro-placentaires	11	1,60%
- <u>MALADIES MATERNELLES NON GRAVI-</u>		
<u>DIQUES</u>		
- Néphropathies	3	0,43%
- Hypertensions artérielles	4	0,58%
- Cardiopathies	1	0,14%
- Indications neurologiques	2	0,29%
- Décollements de rétine	2	0,29%
T O T A L	684	99,86%

TABLEAU N° 11

MOMENT DE LA CESARIENNE	" BASSINS TRES RETRECIS						" BASSINS LIMITES "								GROS FOETUS	PRESENTATIONS DYSTOCHIQUES						DYSTO- CIES DYNA- MIQUE	
	Généralment	Transversalement	Aplatis	Ilio-fémoraux	Asymétriques	Canaliculés	Généralment	Transversalement	Aplatis	Robert	Retre. au détroit moyen	Retre. au détroit infér.	Non précisés	Symphyses horizontales		Sièges	Transverses	Faces	Fronts	Bregma	Occipito-post. Défléchies	Occipito-postérieures	
CESARIENNES PROPHYLAC- TIQUES.	63	20	1	2	3	2	5	4	2	0	0	0	17	0	3	18	8	0	0	0	0	0	0
CESARIENNES EN COURS DE TRAVAIL .	0	0	0	0	0	0	50	44	10	1	2	2	13	10	44	32	2	3	11	9	3	10	33
CESARIENNES EN URGENCE .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	27	1	1	0	0	0	0
TOTAL	63	20	1	2	3	2	55	48	12	1	2	2	30	10	49	57	37	4	12	9	3	10	33

T A B L E A U

N° 12

GROSSESSES GEMELLAIRES

12, soit 1,75 % des césariennes.

Durant la période étudiée, nous colligeons 214 grossesses gémellaires soit 5,6 % de césariennes dans les gémellités.

Pour RENNER et KELLER, la proportion est de 4,25 % dans les grossesses gémellaires, 9,2 % pour BRADY, 2,4 % pour BACH et KIFFE.

4 césariennes sont itératives :

- 2 secondes, l'une pour un bassin limite (Obs. 1584-1961), l'autre pour un bassin très rétréci (Obs. 173 - 1966).
- 2 premières, l'une pour un premier fœtus en siège décomplété, bassin généralement rétréci, symphyse horizontale et enfant précieux (Obs. 57 - 1964), l'autre pour bassin généralement rétréci et maladie gravidique (Obs. 752 - 1965).

Parmi les césariennes premières, nous relevons comme indications :

- 2 placenta-*prævia* :

- l'un associé à une présentation du siège et une néphropathie gravidique avec hypertension artérielle (Obs. 1531 - 1965).
- l'autre, très hémorragique avec état de choc (Obs. 2115 - 1966).

- une procidence du cordon, associée à une procidence de la main, les 2 jumeaux étant en présentation du siège. (Obs. 1531 - 1963).

- un premier jumeau en présentation du front (Obs. 1052 - 1964).

- un premier jumeau en présentation de l'épaule (obs. 446 - 1966).

- un coma éclamptique (obs. 361-1964)

- une souffrance foetale consécutive à une hypertonie utérine (obs. 2483 - 1966).

- un bassin généralement rétréci (Obs. 331-1967).

Nous constatons ainsi dans les césariennes pour grossesses gémellaires, une prédominance des utérus cicatriciels, des complications, telles les insertions basses du placenta, la proéminence du cordon, le 1er jumeau en présentation dystocique.

Nous relevons 5 viciations pelviennes, une seule est l'indication unique de l'hystérotomie.

Nous n'avons pas trouvé d'intervention césarienne pour second jumeau, ni pour accrochage des jumeaux, éventualité connue.

Les Jumeaux -

3 grands prématurés pèsent moins de 1 800 g, 2 morts.

7 prématurés, moins de 2 500 g : 1 mort.

8 enfants de poids supérieur à 2 500 g et inférieur à 3 kg.

6 enfants de poids supérieur à 3 kg.

21 enfants vivants : 14 cris immédiats.

7 réanimés

s'élevant tous normalement.

3 enfants morts :

- 2 grands prématurés de 1 300 g et de 1 700 g morts quelques heures après leur naissance, la césarienne était effectuée pour placenta praevia hémorragique (obs. 2115-1966)

- 1 premier jumeau, mort par étranglement, un bras enlacé autour du cou, dans un utérus hypertonique (obs. 2483-1966), le second jumeau est vivant.

Notre mortalité est de 3 sur 24 jumeaux soit 12,5 %, elle est de 3 sur 20 soit 15 % pour RENNERT et KELLER, de 7,9 % pour GUTTMACHER sur 140 césariennes gémellaires. Pour ce même auteur, la mortalité des jumeaux accouchés par voie basse est de 13,5 %, la différence portant sur la période néo-natale, l'hystérotomie lui paraît beaucoup moins foeticide que l'accouchement par voie basse dans les gémellités.

PRERUPTURES et RUPTURES UTERINES

I - RUPTURES UTERINES -

A - RUPTURES COMPLETEES :

1 - Rupture complète de muscle utérin normal :

Chez 2 grandes multipares :

- Obs. 852-1959 -

Ve pare, 46 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, épreuve du travail de 6 h. Gros fœtus, contractions utérines de mauvaise qualité et utérus se relâchant mal. Présentation en O.I.D.P. Apparition d'une souffrance fœtale. Echec d'un forceps d'essai. L'utérus se rompt spontanément sous les yeux de l'opérateur. Enfant de 4 150 g réanimé. Hystérectomie subtotale. Suites fœtales et maternelles simples.

- Obs. 1168-1966 -

XIe pare, 42 ans à terme. Procidences du cordon et de l'avant bras après rupture artificielle des membranes. Anomalie de dilatation cervicale et souffrance fœtale. Collapsus pré-opératoire. C.R.O.: Rupture utérine siégeant sur le bord droit, enfant de 3 500 g mort dans la cavité péritonéale. Infiltration hématique de la base du ligament large. Hystérectomie totale, suites simples.

2 - Rupture complète de muscle utérin cicatriciel :

2 utérus césarisés.

- Obs. 916-1961 -

Ile pare, 37 ans, 8 mois 1/2 de grossesse, césarienne itérative première en urgence. Première hystérotomie à l'étranger 5 ans plus tôt. Syndrome de rupture utérine : douleurs pelviennes, métrorragies, état de choc.

C.R.O. : Hémopéritoine, rupture utérine correspondant à la cicatrice péritonéale, placenta obturant la brèche utérine, enfant mort de 3400g hystérectomie subtotale, suites maternelles compliquées : phlébite du membre inférieur gauche au 5e jour postopératoire et thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Obs. 1306-1965 -

Ile pare, 20 ans, à terme. Césarienne itérative première, bassin généralement rétréci, présentation pelvienne, rétrécissement mitral. C.R.O. Rupture de la cicatrice utérine verticale. Enfant de 3 100 g criant dès sa naissance, troubles dyspeptiques nécessitant son transfert en pédiatrie. Suites maternelles simples.

Dans 2 cas, nous notons un collapsus cardio-vasculaire pré-opératoire : obs. 916-1961 et obs. 1168-1966).

B - RUPTURES INCOMPLETES, DESUNIONS PARTIELLES
DE CICATRICES : 9 -

Obs. 1175-1960 -

Ile pare, 27 ans, à terme. Césarienne première, 1 an plus tôt pour bassin généralement rétréci, désunion de 3 cm de la cicatrice transversale. Enfant de 3 350 g vivant, cri immédiat.

Obs. 1584-1961 -

IIIe pare, 28 ans, à terme. Césarienne première 3 ans plus tôt. Césarienne seconde 2 ans plus tôt hors du service. Grossesse gémellaire et bassin limite. Segment inférieur pellucide en sa partie droite. Enfant de 3 350 g et 2 900 g criant dès la naissance. Stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1620-1962 -

Ile pare, 28 ans, terme dépassé de 8 jours. Césarienne première pour présentation du siège 5 ans plus tôt. Césarienne seconde pour postmaturité, échec de déclenchement. Syndrôme de prérupture.
 C.R.O. : Désunion de la cicatrice transversale dédoublée en feuillets de livre en sa partie inférieure. Enfant de 3 800 g postmature. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1704-1964 -

Ile pare, 21 ans, à terme. CI un an avant pour bassin généralement rétréci.
 C.R.O. : cicatrice transversale déhiscente, rompue en sous-péritonéal. Enfant de 3 600 g, cri immédiat, suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2105-1964 -

Ile pare, 28 ans, 8 mois de grossesse. CI, 2 ans plus tôt pour bassin généralement rétréci. Itération pour cause identique et présentation pelvienne.
 C.R.O. : Déhiscence sous-péritonéale de la cicatrice transversale. Enfant de 3 150 g, cri immédiat. Stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 594-1965 -

IXe pare, 33 ans, à terme. CI et C2 pour placenta-*prae*vias 6 et 3 ans avant. 3e césarienne prophylactique.
C.R.O. : Extrême minceur du segment inférieur, déhiscence cicatricielle sous-péritonéale de 1 cm de la cicatrice verticale en sa partie inférieure. Enfant de 3 520 g, cri immédiat. Stérilisation. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 2443-1966 -

Ile pare, 23 ans. CI 3 ans plus tôt hors du service pour bassin limite transversalement rétréci. Hypertonie utérine et anomalie de dilatation après 5 heures de travail.
C.R.O. : Rupture partielle segmentaire latérale gauche, hématome de la taille d'une noix, dilacération des fibres sur 2 à 3 cm. Enfant de 3 600 g, cri immédiat. Stérilisation. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 1378-1967 -

Ile pare, 35 ans, à terme. CI, un an avant, hors du service, pour bassin limite généralement rétréci, C2 pour indication identique et présentation pelvienne.
C.R.O. : Nombreuses adhérences péritonéales, déhiscence de la cicatrice transversale, membranes ovulaires au contact de la vessie. Enfant de 3 350 g, cri immédiat, stérilisation. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 2342-1967 -

Ile pare, 36 ans, à terme. CI un an avant pour souffrance foétale, C2 pour enfant précieux. Déhiscence de la cicatrice utérine verticale sur quelques millimètres. Enfant de 3 300 g, cri immédiat. Elevage normal. Syndrome subocclusif maternel, régressif au 3e jour postopératoire..

Nous ne relevons qu'un seul syndrome douloureux préopératoire évoquant une pré-rupture (obs. 1620-1962).

II - PRERUPTURES -

A - SUR MUSCLE UTERIN SAIN : 5 -

Obs. 190-1962 -

Primipare, 22 ans, 8 mois de grossesse, tumeur vésicale *prae*vias. Segment inférieur extrêmement mince, à travers lequel on distingue l'oreille du fœtus. Enfant endormi de 2 800 g. Suites maternelles et foetales simples.

Obs. 1662-1962 -

Primipare, 20 ans, à terme, Bassin transversalement rétréci. Gros fœtus, hypertonie utérine et anomalie de dilatation après 12 h. d'épreuve du travail. Segment inférieur très mince. Enfant de 4 kg, cri immédiat. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1876-1962 -

Primipare, 29 ans, à terme. Hypertonie utérine et œdèmes du col après 15 heures de travail. Segment inférieur très mince. Enfant de 2 600 g, cri immédiat. Suites fœtales et maternelles simples.

Obs. 823-1964 -

IIIe pare, 32 ans à terme. Bassin généralement rétréci et gros fœtus. Etat de prérupture du muscle utérin : fissure inférieure du segment inférieur avec infiltration du péritoine pré-utérin. Enfant de 3 440 g réanimé. Stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2670-1965 -

XIe pare, 40 ans à terme. Gros fœtus, présentation défléchie en O.I.D.P. Inertie utérine de grande multipare. Echec de 10 h. de travail. Segment inférieur pellucide. Enfant de 4 350 g, cri immédiat, stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

B - SUR MUSCLE UTERIN CICATRICIEL : 7 -Obs. 571-1960 -

IVe pare, 28 ans, 8 mois 1/2 de grossesse. CI hors du service 6 ans plus tôt. C2 hors du service 2 ans plus tôt. Bassin généralement rétréci. C3 systématique.

C.R.O. : Adhérences pariéto-utérines, état de prérupture. Segment inférieur aminci, porteur de petites déchirures à travers lesquelles on aperçoit le sac ovulaire. Enfant de 2 700 g, cri immédiat, stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2131-1963 -

Ile pare, 30 ans, à terme. CI, 13 ans plus tôt pour procidence du cordon. C2 pour anomalie de dilatation du col et hyper-systolie utérine après 3 h. d'épreuve du travail.

C.R.O. : Segment inférieur mince, semblable à une feuille de papier à cigarette à travers laquelle on voit le fœtus. Enfant de 4 kg., cri immédiat. Stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1 300-1966 -

Ile pare, 21 ans à terme. CI un an avant pour procidence du cordon.

C.R.O. : Segment inférieur mince et fragile. Enfant de 3 700 g, cri immédiat. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1857-1966 -

Ile pare, 20 ans, à terme. CI un an plus tôt pour bassin limite, C2 prophylactique.

C.R.O. : Segment inférieur très aminci. Enfant de 3 100 g, cri immédiat, stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 433-1967 -

Ile pare, 24 ans, à terme. CI, 5 ans plus tôt pour bassin limite.

C.R.O.: Segment inférieur mince avec saillie de la zone cicatricielle. Enfant de 3 450 g, cri immédiat. Stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 1639-1967 -

Ile pare, 28 ans, à terme. CI, un an avant pour bassin généralement rétréci.

C.R.O. : Segment inférieur pellucide. Enfant de 3 850 g., cri immédiat, stérilisation. Suites maternelles et fœtales simples.

Obs. 2425-1967 -

Ile pare, 27 ans, 8 mois 1/2 de grossesse. CI, 3 ans plus tôt pour bassin limite. Epreuve du travail de 6 h.

C.R.O.: Segment inférieur très mince, transparent. Enfant de 2 850 g, cri immédiat, stérilisation. Suites fœtales et maternelles simples.

En conclusion, nous trouvons :

- 12 observations de prérapture soit 1,7 % sur 684 césariennes totales réparties en :

- 5 menaces de rupture sur muscle utérin sain soit 0,9 % sur 527 césariennes premières.

- 7 menaces de rupture sur muscle utérin cicatriciel soit 4,4 % sur 157 césariennes itératives.

- 13 observations de ruptures utérines soit 1,8 % sur 684 césariennes totales réparties en :

- 4 ruptures complètes :

2 sur utérus sain chez de grandes multipares soit 0,3% sur 527 césariennes premières.

2 sur des utérus cicatriciels soit 1,2% sur 157 césariennes itératives.

- 9 désunions partielles ou déhiscences de cicatrices de césarienne antérieure soit 5,7 % sur 157 césariennes itératives.

Dans les statistiques récentes, le nombre des ruptures oscille de 1 à 2%, ces résultats sont difficilement comparables car les critères adoptés par les différents auteurs ne sont pas semblables.

Le nombre de ruptures utérines est de :

- 0,35% pour MULLA et BATES.
- 0,63% pour les auteurs Belges.
- 0,9 % pour MULLER.
- 1,1 % pour DILLON.
- 1,5 % pour LACOMME.
- 1,8 % pour SYDNEY.
- 2 % pour HALL.

Nos chiffres de 1,8% de ruptures totales comprenant 0,5% de ruptures complètes et 1,3% de déhiscences de cicatrices sont comparables aux chiffres donnés par ces statistiques récentes.

Nous relevons 2 enfants morts sur 4 ruptures complètes soit 50% de mortalité foetale, la mortalité foetale est nulle sur 21 cas de ruptures partielles ou de désunions de cicatrices.

Pour FOBE, rapporteur d'une grande série de césariennes belges, la mortalité foetale est de 38% lors des ruptures d'utérus cicatriciels et de 62% lors des ruptures d'utérus sains.

Nous comptons 3 hystérectomies, 2 subtotaux, 1 totale sur 4 ruptures utérines complètes.

La mortalité maternelle est nulle.

T E C H N I Q U E

Mise au point à la Clinique Obstétricale par notre Maître, le Professeur BAUDON, la technique de césarienne suivie dans notre série continue de 684 cas, est sensiblement constante.

Les opérateurs ont effectué ces interventions dans des conditions obstétricales et chirurgicales identiques durant cette décennie.

528 interventions soit 77 % sont des césariennes premières.

157, soit 22,95 % sont des césariennes itératives, 128 premières, 28 secondes et une troisième.

A N E S T H E S I E

Les méthodes d'anesthésie utilisées dans notre série de césariennes seront étudiées dans la Thèse de Madame PATOUILARD, anesthésiste du Service.

Toutes les interventions ont eu lieu sous anesthésie générale.

Le type d'anesthésie choisie est précisé dans 705 observations, il s'agit :

- 334 fois, d'Halothane (fluothane)
- 303 fois, de Penthiobarbital-Curare
- 53 fois, d'éther
- 11 fois, de cyclopropane
- 2 fois, de gamma-OH
- 2 fois, de viadril.

Ether et Cyclopropane sont utilisés dans les toutes premières années de notre statistique et sont abandonnés aujourd'hui.

Actuellement, l'anesthésie est donnée selon 2 procédés :

- 1) Halothane et oxygène en système clos avec circuit filtre : 334 soit 47,3 % des anesthésies
 - pas de prémédication
 - 1/2 mg de sulfate d'atropine I-V sur la table d'opération.
 - Penthiobarbital le plus souvent au départ comme " starter ".
 - 2) Penthiobarbital, curarisants et mélange protoxyde d'azote-oxygène en ventilation artificielle, manuelle ou appareil respirateur type R.P.R. : 303 soit 42,9% des anesthésies.
-

PRECAUTIONS PREOPERATOIRES

- Touchers vaginaux rares et dans des conditions de stricte aseptic obstétricale.

- Antibiotiques en cas de rupture prématurée ou précoce des membranes.

- Mise en place d'une sonde vésicale de PEZZER.

- Préparation de la paroi : rasage et badigeonnage avec une solution d'ammonium quaternaire.

INCISION PARIETALE

I - MEDIANE SOUS-OMBILICALE -

C'est l'incision que nous utilisons le plus souvent, 666 fois sur 684 soit dans 97 % des cas.

- Rapide, pratique, non disgracieuse lorsqu'elle est bien médiane, elle a notre préférence.

- La limite inférieure de l'incision est repérée par une moucheture au bistouri avant l'installation du champ opératoire.

- L'hémostase est soigneuse sauf en cas d'extrême urgence foetale ou maternelle.

- Dans les césariennes itératives, la cicatrice précédente est excisée, l'incision péritonéale est prudente car la vessie remonte souvent assez haut, les plans anatomiques difficilement individualisables.

- La réfection pariétale est effectuée en 3 plans, péritonéal par un surjet au catgut fin sauf dans la partie supérieure de l'incision où l'accolement du péritoine pariétal nécessite une suture en un seul plan. Points séparés au nylon sur le plan aponévrotique, agrafes et points au nylon fin ou au crin sur la peau.

- Dans les parois épaisses, adipeuses, nous rapprochons les plans sous-cutanés par des points séparés ou un surjet de catgut fin ou des points larges au nylon sur bourdonnet.

- dans 3 cas, un drainage sous-cutané de Redon a été utilisé.

Nous déplorons dans les suites :

- 10 hématomes de paroi du 3ème au 12ème jour postopératoire, 6 opérées sur ces 10 étaient sous anticoagulants.

- 7 abcès de parois.

II - MEDIANE SOUS-OMBILICALE AGRANDIE EN PARA-OMBILICALE ET SUS-OMBILICALE -

13 fois soit dans 2 % des cas.

III - INCISION DE PFANNENSTIEL -

5, soit 1 % environ.

Ses avantages sont bien connus, l'incision est esthétique, en pleine zone pileuse, la réfection solide, évitant tout risque d'éventration.

La voie d'accès est excellente, l'imbibition gravidique des tissus permet une dissection facile, les grands droits sont séparés par une large déhiscence.

L'incision cutanée sus-pubienne siège à un travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse, à légère concavité supérieure, elle s'étend sur 10 à 12 cm.

Le tissu sous-cutané est incisé dans un plan oblique de façon à atteindre le plan aponévrotique le plus haut possible. L'hémostase est soigneuse.

L'aponévrose est incisée transversalement, facilement décollée du plan sous-jacent, quelques vaisseaux perforants sont sectionnés entre deux ligatures, ce décollement doit être poussé très haut.

La déhiscence large des muscles grands droits permet d'inciser le péritoine en haut jusqu'à l'ombilic, en bas jusqu'au bord supérieur de la vessie.

Un écarteur autostatique récline facilement des muscles assouplis par l'imbibition gravidique.

Le jour obtenu est aussi large que dans la voie médiane sous-ombilicale.

La suture aponévrotique est faite par des points séparés au nylon fin, un drainage de Redon sous-aponévrotique évite la constitution d'hématomes, risque majeur de cette voie d'abord.

L'allongement du temps pariétal, l'éventualité d'un élargissement de l'intervention chirurgicale, les incisions médianes

sous-ombilicales ultérieures avec comme conséquences les disgracieuses cicatrices en ancrés, les difficultés de réintervention par la même voie d'abord, le jour excellent donné par la médiane sous-ombilicale, ne nous ont pas incités à user fréquemment des incisions de Pfannenstiel.

Celles-ci ne sont faites qu'à la demande des patientes.

LE CHAMP OPERATOIRE

L'utérus est redressé, les ligaments ronds repérés, la forme, le volume, l'état de la présentation appréciés, le type de l'hystérotomie choisi.

4 à 6 petits champs abdominaux sont glissés sous la paroi tout autour de l'utérus pour isoler la zone opératoire du reste de la cavité abdominale.

- Des adhérences péritonéales éventuelles, épiploïques, intestinales sont libérées :

Sur 157 césariennes itératives, 128 premières, 28 secondes, 1 troisième :

- Dans 3 cas, existent des adhérences utéro-intestinales, intestin grêle dans 3 cas et sigmoïde dans 1 cas.

- Nous notons dans les antécédents de ces 3 femmes

- 2 fois : 2 césariennes itératives
- 1 fois : 2 interventions chirurgicales.

- Dans 34 cas, existent des adhérences péritonéales, épiploïques, pariéto-utérines gênant l'abord de l'utérus, 30 fois il s'agit d'une césarienne itérative, 22 fois première, 8 fois seconde

- 4 fois, nous retrouvons dans les antécédents une intervention chirurgicale : 3 fois pour grossesse extra-utérine, 1 fois pour kyste de l'ovaire.

Un isolement soigneux par champs abdominaux de la région utérine, une hémostase minutieuse, une toilette péritonéale essaient d'éviter ces adhérences, et permettent de pratiquer avec autant de facilité les césariennes itératives que les césariennes premières.

Ce que laisse supposer l'étude des observations, des femmes opérées dans notre service la première fois.

L'intervention rapide avant l'extraction de l'enfant doit devenir soignée et minutieuse après, il est préférable de perdre un peu plus de temps en fin de première intervention qu'en début de césarienne itérative.

LE DECOLLEMENT PERITONEO-SEGMENTAIRE

Le péritoine est incisé à l'union du segment inférieur et du corps utérin, l'incision à concavité supérieure remonte haut latéralement.

La vessie est décollée progressivement au doigt le plus bas possible.

Ce décollement est souvent difficile, quelquefois impossible dans les césariennes itératives, la vessie adhère étroitement au segment inférieur.

Dans 19 cas, des difficultés sont relevées au cours de ce décollement vésico-utérin :

- 17 fois, lors de césariennes itératives :
 - 14 itérations premières, le type d'incision précédente étant 6 fois segmentaire vertical, 5 fois segmentaire transversal, 3 fois non connu.
 - 2 itérations secondes, les 2 incisions précédentes étant une fois verticale, une fois transversale.
 - 1 itération troisième, les 3 incisions précédentes étant transversales.
- 2 fois, lors de césariennes premières.

Les difficultés et l'impossibilité du décollement vésico-utérin ont contraint l'opérateur à pratiquer 5 fois une incision corporéale, 4 fois une incision segmento-corporéale, 10 fois, l'incision a pu être segmentaire, 7 fois verticale, 3 fois, transversale.

- Une fois, une brèche vésicale de 4 à 5 cm a eu lieu au cours de ce décollement lors d'une césarienne première.

L'INCISION UTERINE

Dans 661 interventions, le type d'incision est indiqué.

I - HYSTEROTOMIE SEGMENTAIRE :

468 cas, soit 71 %.

A - TRANSVERSALE :

229, soit 35 %.

196 césariennes premières.

33 césariennes itératives, 31 premières, 2 secondes.

Le tracé de l'incision est esquissé, une ponction du myomètre au bistouri est agrandie soit par dilacération aux doigts, soit aux ciseaux courbes ce qui permet de donner à l'incision une direction arciforme concave vers le haut.

Les avantages de l'hystérotomie segmentaire transversale sont nombreux : incision facile, décollement péritonéal limité, risques vésicaux moins grands.

Les contre-indications : un sommet enclavé après une longue épreuve du travail, un segment inférieur long et étroit, un gros fœtus, une insertion basse du placenta, une présentation transverse, une présentation du siège haut située.

Au cours de 20 extractions difficiles de la tête fœtale, engagée après une longue épreuve du travail, il s'agit 12 fois d'une incision segmentaire transversale, c'est dire les difficultés rencontrées quelquefois par cette voie d'abord utérine.

Dans 2 cas, l'incision transversale a filé latéralement lors de l'extraction du fœtus.

L'incision transversale n'est pas plus hémorragique que les autres types d'incisions, sur 18 incisions hémorragiques, nous notons 6 transversales.

Nous ne relevons, dans nos comptes-rendus opératoires, aucune hémorragie par extension de l'incision aux pédicules latéraux utérins, aucune lésion urétérale telles que les ont décrites certains auteurs.

La solidité des cicatrices transversales est discutée :

Certains auteurs comme PEDOWITZ et SCHWARTZ en 1957, THEIN et Mac SWEENEY en 1964, DILLON en 1964, l'Ecole Bordelaise (Professeur CHASTRUSSE), l'Ecole Lyonnaise (Professeur PIGEAUD) ont montré dans leurs statistiques, le faible pourcentage de ruptures utérines après hystérotomies transversales.

D'autres auteurs, comme LACOMME et BRET, THOYER-ROZAT, GERNEZ et POIRET, dans des statistiques récentes, plaident en faveur de l'hystérotomie verticale.

Nous énoncerons plus loin les constatations faites au cours de nos césariennes itératives et nos déductions.

B - VERTICALE :

239, soit 36 % des césariennes : 168 premières, 71 itératives : 57 premières, 14 secondes.

Cette technique nécessite un décollement vésical plus important jusqu'au dôme vaginal, ce qui augmente les risques de lésion vésicale.

Une ponction du myomètre au bistouri est agrandie aux ciseaux droits vers le bas.

L'incision doit être prolongée assez loin si l'on veut éviter une déchirure du segment inférieur lors de l'extraction du fœtus.

Sur 13 incisions qui ont filé, nous relevons 9 incisions segmentaires verticales :

- 6 déchirures transversales du segment inférieur, perpendiculaires à l'incision verticale.
- 2 déchirures corporéales.
- 1 déchirure vers le bas jusqu'à l'orifice interne du col.

Ses avantages sont incontestables : l'extraction du foetus est beaucoup plus facile, la suture est simple, l'incision peut être agrandie en segmento-corporéale en cas de difficultés d'extraction.

L'incision médiane et strictement segmentaire n'est pas hémorragique, nous décomptons 5 incisions verticales sur 18 incisions hémorragiques.

Nous verrons plus loin, au cours de l'étude des césariennes itératives que les cicatrices de césariennes segmentaires verticales se sont montrées plus solides dans notre statistique que celles des césariennes segmentaires transversales.

II - HYSTEROTOMIE SEGMENTO-CORPOREALE :

173, soit 26 %.

- 133 premières
- 40 itératives : 30 premières, 10 secondes.

L'incision corporéale s'étend sur 1 à 3 cm en moyenne dans nos observations.

L'étude de nos comptes-rendus opératoires nous montre que l'agrandissement de l'incision segmentaire verticale en segmento-corporéale est motivée :

- dans les césariennes prophylactiques, par une absence de segment inférieur.
- dans les césariennes premières, soit par la présence de larges sinus veineux segmentaires, soit par des présentations transverses, des présentations pelviennes haut situées, des insertions basses du placenta, des myomes praevia, une rupture utérine, soit par l'éventualité d'une stérilisation complémentaire.
- dans les césariennes itératives, par l'existence d'un péritoine et d'une vessie très adhérents.

L'incision segmento-corporéale est plus hémorragique que l'incision segmentaire verticale, 6 incisions segmento-corporéales sur 18 incisions hémorragiques dans notre statistique.

2 fois l'excès de volume foetal est responsable d'une déchirure perpendiculaire du segment inférieur en sa partie basse.

III - HYSTEROTOMIE CORPOREALE :

Rare: 20 cas sur 661 soit 3 %.

- 8 fois premières.
- 12 fois itératives, 10 fois premières, 1 fois seconde,
1 fois troisième.

La césarienne corporéale est une mauvaise intervention, abandonnée presque totalement aujourd'hui, mais dans certains cas, la césarienne segmentaire est impossible et périlleuse.

Nos 20 hystérotomies corporéales sont dues :

- 9 fois, à un segment inférieur inabordable lors de césariennes itératives : décollement péritonéo-vésical impossible, vessie très adhérente, bloc cicatriciel au niveau de l'incision précédente.
- 8 fois, à une absence de formation du segment inférieur lors de césariennes prophylactiques.
- 2 fois, à de volumineux sinus veineux barrant le segment inférieur.
- 1 fois, à un sauvetage de l'enfant au cours du décès peropératoire de la mère.

Dans tous les cas, la césarienne corporéale est suivie de ligature résection des trompes pour éviter tout risque de rupture ultérieure.

Quelques auteurs sont restés fidèles à la césarienne corporéale, ainsi RICHON et SIMONIN en 1961 sur 671 césariennes à la Clinique Obstétricale de NANCY relèvent 424 césariennes corporéales, avec un seul cas de rupture de cicatrice.

Pour ces auteurs, la crainte des césariennes hautes est injustifiée, leurs résultats sont aussi satisfaisants que ceux des césariennes segmentaires, une seule contre-indication : les cas impurs.

Pour GRANJON, la césarienne corporéale n'a qu'une seule indication : le sauvetage post-mortem de l'enfant.

Dans notre statistique, ses indications sont rarissimes : 3 %, nous ne pouvons la condamner, elle est indispensable dans certains cas, nous la faisons la main forcée.

INCISION UTERINE

VERTICALE	TRANSVERSALE	SEGMENTO CORPOREALE	CORPOREALE
239	229	173	20
36,1 %	34,6 %	26,1 %	3,02 %
661 types d'incisions indiqués sur 684 césariennes			

TABLEAU N° 13

IV - HYSTEROTOMIE ITERATIVE :

157 :

- 128 premières,
- 28 secondes,
- 1 troisième.
- 72 verticales,
- 33 transversales,
- 40 segmento-corporéales,
- 12 corporéales.

Dans 123 cas, l'anamnèse, les comptes-rendus opératoires précédents, les constatations peropératoires nous ont révélé le type de l'incision antérieure.

a) Sur 50 hystérotomies itératives verticales :

- 41 hystérotomies verticales secondes :
 - 35 étaient également verticales lors de la 1ère intervention.
 - 5 étaient transversales lors de la 1ère intervention.
 - une était corporéale.
- 9 hystérotomies verticales troisièmes :
 - 6 étaient verticales.
 - 1 était segmento-corporéale

- 1 était transversale lors des 2 interventions précédentes.
- 1 était transversale lors de la 1ère intervention verticale lors de la 2ème intervention.

b) Sur 31 hystérotomies itératives transversales :

- 29 hystérotomies transversales secondes, toutes étaient transversales lors de la 1ère intervention.
- 2 hystérotomies transversales troisièmes : les 2 interventions précédentes étaient transversales.

c) Sur 33 hystérotomies itératives segmento-corporéales :

- 27 hystérotomies segmento-corporéales secondes :
 - 23 étaient verticales lors de la 1ère intervention.
 - 4 étaient transversales.
- 6 hystérotomies segmento-corporéales troisièmes :
 - 5 étaient verticales
 - 1 était transversale, lors des 2 interventions précédentes.

d) Sur 9 hystérotomies itératives corporéales :

- 8 hystérotomies corporéales secondes :
 - 4 étaient segmentaires verticales,
 - 2 segmentaires transversales,
 - 2 corporéales lors de la 1ère intervention.
- 1 hystérotomie corporéale, troisième, la 1ère intervention était verticale la seconde segmento-corporéale.

Nous voyons qu'il nous est arrivé 7 fois de pratiquer une incision verticale, 5 fois une incision segmento-corporéale, 2 fois, une incision corporéale alors que l'incision précédente était transversale. Dans ces 14 cas, nous réalisons lors de l'itération, une cicatrice en ancre.

Dans 31 cas d'incisions transversales antérieures, nous avons pu pratiquer une incision identique lors de la césarienne itérative.

Ainsi, sur 45 césariennes premières transversales, 14 itératives soit 1/3 des cas ont dû par nécessité être verticales, segmento-corporéales, ou corporéales, réalisant ainsi une cicatrice cruciforme.

Cette constatation plaide pour l'incision segmentaire verticale, l'hystérotomie itérative risquant d'être verticale en cas de difficultés opératoires.

Dans 42 cas, les conditions anatomiques locales nous ont obligés à recourir, 33 fois à une incision segmento-corporéale et 9 fois à une incision corporéale suivie de stérilisation, sans tenir compte du type d'incision précédente.

Le nombre d'incisions verticales et segmento-corporéales est bien supérieur au nombre d'incisions transversales dans nos césariennes itératives.

Quelles constatations avons-nous faites au cours de ces 157 réinterventions ? Ces constatations nous permettent-elles des déductions sur les avantages et les inconvénients des différents types d'incisions choisis ? (Tableau n° 14).

1 - Les adhérences rencontrées lors de l'itération :

a) Péritonéales : brides pariéto-utérines, adhérences épiploïques à la cicatrice, brides péritonéales gênant l'abord utérin rencontrées 30 fois au cours de 157 césariennes itératives:

- 22 fois, au cours de césariennes secondes sur 128 césariennes secondes.
- 8 fois, au cours de césariennes troisièmes sur 28 césariennes troisièmes.

L'incision précédente est :

- 17 fois segmentaire verticale.
- 5 fois, segmentaire transversale.
- 2 fois, corporéale.
- 6 fois, non précisée.

Nous notons ainsi le rôle favorisant des incisions verticales dans la constitution d'adhérences, il faut cependant tenir compte de deux facteurs de relativité : l'impossibilité d'isoler les incisions segmento-corporéales des verticales dans les antécédents et le nombre plus grand de césariennes verticales premières.

Ces adhérences nous ont contraints à pratiquer un plus grand nombre de césariennes segmento-corporéales et corporéales lors des itérations.

En 1966, CHASTRUSSE et DIA, sur 63 césariennes itératives segmentaires, citent 8 fois l'existence d'adhérences :

- 4 fois après césarienne segmentaire verticale sur 39.
- 2 fois après césarienne segmentaire transversale :
Soit dans 10 % des cas après incision verticale et dans 8 % des cas après incision transversale.

Dans notre statistique, sur 118 incisions premières segmentaires déterminées, nous relevons des adhérences :

- 17 fois, après césarienne segmentaire verticale sur 74.
- 5 fois, après césarienne segmentaire transversale sur 44 :
Soit 23 % des cas après césarienne segmentaire verticale et dans 11 % des cas, après césarienne segmentaire transversale.

b) Adhérences intestinales :

Au cours de deux césariennes troisièmes, le type des deux incisions précédentes n'est pas précisé dans un cas : Obs. 463-1959 : adhérence de l'intestin grêle et du colon sigmoïde à la cicatrice, dans l'autre cas Obs. 278-1962 : adhérence d'anses grêles entre elles et à l'utérus, véritable magma d'anses intestinales, les deux incisions précédentes sont verticales.

Dans ces deux observations, les deux césariennes précédentes n'avaient pas eu lieu dans le service.

c) Adhérences vésicales et péritonéales empêchant ou rendant difficile le décollement préutérin.

17 fois sur 157 césariennes itératives :

- 14 fois au cours de césariennes secondes sur 128.
- 2 fois, au cours de césariennes troisièmes sur 28.
- 1 fois, au cours de la seule césarienne quatrième.

Les incisions précédentes étaient :

- 7 fois segmentaires verticales.
- 7 fois segmentaires transversales.
- 3 fois, non précisées.

Nous concevons le rôle favorisant de l'incision segmentaire dans la constitution d'adhérences vésico-utérines : 15,9 % après C.S.T. et 9,4 % après C.S.V. (Tableau n° 14).

Dans plus d'un cas sur 10, l'abord du segment inférieur est difficile ou impossible en cas de césarienne itérative lors de l'itération :

- Difficile : dans 13 cas où l'incision itérative est :
 - 6 fois verticale.
 - 3 fois, transversale.
 - 4 fois segmento-corporéale.
- Impossible : dans 4 cas, où l'incision itérative est uniquement corporéale.

2 - Mauvais état du myomètre lors de l'itération :

Dans 9 cas, le muscle utérin est cicatriciel, scléreux, friable, se déchire, ne peut permettre une grossesse ultérieure, ce qui impose la ligature-résection des trompes :

- 8 fois, lors d'une césarienne seconde.
- 1 fois, lors d'une césarienne troisième.
- 6 fois, après césarienne segmentaire verticale.
- 3 fois, après césarienne segmentaire transversale.

Dans 3 cas d'incisions premières segmentaires transversales, nous constatons l'existence d'un bloc scléreux cicatriciel qui ne permet pas l'extraction du fœtus à travers une incision identique :

- Obs. 1056-1966 : Césarienne seconde après incision première transversale, bloc scléreux cicatriciel, incision corporéale.

- Obs. 2553-1966 : Tentative d'hystérotomie transversale troisième après 2 premières incisions transversales; anneau scléreux cicatriciel, nécessitant une contre-incision verticale. Stérilisation.

- Obs. 2823-1966 : Anneau scléreux après césarienne première transversale. Césarienne seconde verticale.

Dans ces 3 observations, l'incision transversale première a cicatrisé en formant un véritable "cal" rendant difficile une itérative identique.

De nombreux accoucheurs, au cours de révisions utérines après césariennes transversales, ont décrit l'existence d'un bourrelet segmentaire qui correspond à ce "cal" cicatriciel. Cette zone scléreuse segmentaire est un obstacle au cours du travail dans un utérus cicatriciel.

Cette constatation s'inscrit à la décharge des incisions segmentaires transversales.

3 - Placenta accreta sur ancienne cicatrice :

2 fois après incision verticale :

- Obs. 35-1959 : Césarienne seconde, stérilisation.
- Obs. 1601-1963 : Césarienne troisième. Stérilisation.

4 - Préruptures et ruptures des utérus cicatriciels :

Dans la définition des ruptures utérines, chaque auteur a sa terminologie, les termes sont nombreux : rupture partielle, déhiscence, désunion sous-péritonéale, le sens est souvent semblable, les statistiques difficilement comparables.

LE CANNELIER distingue rupture complète, incomplète sous séreuse et déhiscence.

MALINAS retient les ruptures, les désunions, les cicatrices très minces.

HERVET différencie déhiscence et rupture vraie.

HOUEL, EZES et BOURDON décrivent les désunions sous-péritonéales et les ruptures complètes.

L'étude de nos comptes-rendus opératoires nous permet de classer nos observations en 3 stades évolutifs :

- Les préruptures où le segment inférieur est très aminci et fragile.
- Les désunions sous-péritonéales de cicatrice où les bords de la première incision sont séparés l'un de l'autre.
- Les ruptures complètes.

a - Les états de prérupture : 7

Le segment inférieur est très aminci au niveau de la musculature, dans 2 observations, nous distinguons même la sac ovulaire et le fœtus (Obs. 571-1960 et 2131-1963).

Dans une observation, il s'agit d'une césarienne troisième.

Dans 6 observations, d'une césarienne seconde.

3 fois, les incisions précédentes étaient verticales.

3 fois, elles étaient transversales.

1 fois, non déterminée.

b - Les désunions sous-péritonéales, ruptures incomplètes: 9

- 2 fois, lors d'une césarienne troisième.

- 7 fois, lors d'une césarienne seconde.

- Dans 7 observations, il s'agit d'une incision première transversale.

- Dans 2 observations, d'une incision première verticale.

- Dans tous les cas, la désunion est partielle et jamais totale.

c - Les ruptures complètes : 2

Toutes deux au cours de césariennes secondes :

- L'une survenant sur une cicatrice corporelle après césarienne 5 ans plus tôt hors du service (Obs. 916-1961).

- l'autre, sur une cicatrice verticale, un an après l'intervention (Obs. 1306-1965).

Déductions sur les différents types d'incisions :

Les constatations faites au cours des césariennes itératives sont représentées sur le tableau n° 14

Une seule incision segmento-corporelle première est précisée, les autres doivent être comprises dans les incisions segmentaires verticales.

Sur 157 césariennes itératives, 76 soit un peu moins de 50 % ne présentent aucune difficulté lors de l'itération.

Parmi les difficultés rencontrées :

C E S A R I E N N E S I T E R A T I V E S

TYPE DE L'IN- CISION PRECE- DENTE	ADHERENCES			Myomètre en mauvais état	" CAL "	RUPTURES			BIEN R.A.S.
	Périto- néales	Intesti- nales	Vésico- utérines			Pré- ruptures	Désunions de cicatrices	Ruptures complètes	
C.S.V. (74)	17	1	7	6		3	2	1	35
C.S.T. (44)	5		7	3	3	3	7		16
C.S. / Corp. (1)									1
C. Corp. (3)	2							1	0
C. non détermi- nées (35)	6	1	3			1			24
TOTAL (157)	30	2	17	9	3	7	9	2	76

- Les plus nombreuses sont les adhérences péritonéales : 30 fois, soit dans 19 % des cas.

- Les vessies adhérentes avec difficulté de clivage vésico-utérin : 17 fois, soit dans un peu plus d'une itération sur 10 : 10,7 % des cas.

- Les adhérences intestinales sont exceptionnelles : 2 fois sur 157 cas.

- Le myomètre cicatriciel en mauvais état : 9 fois soit dans 5,7 % des cas.

- Les risques de rupture, les états de prérup-
ture : 7 fois, soit dans 4,4 % des cas.

- Les ruptures incomplètes et complètes : 11 fois soit dans 7 % des cas.

Quelle est la valeur respective des différents types d'incision ?

Sur 3 incisions corporéales, 3 complications : 2 fois des adhérences, une rupture complète.

Sur 74 incisions segmentaires verticales : 50 % de bons résultats.

Sur 44 incisions segmentaires transversales : 1/3 de bons résultats.

Ces constatations sont en faveur des incisions segmentaires verticales.

Les césariennes segmentaires verticales donnent plus d'adhérences péritonéales que les césariennes segmentaires transversales. Les adhérences vésico-utérines sont plus nombreuses après incision segmentaire transversale.

L'état du myomètre est comparable après l'une et l'autre incision. Dans 3 cas, nous trouvons à l'emplacement de l'incision transversale précédente un bloc scléreux, véritable "cal cicatriciel" ayant nécessité un déplacement de l'incision dans un cas, une contre-incision verticale dans le 2e cas, une incision corporéale dans le 3e cas.

Les prérupures avec amincissement du segment inférieur, impression de rupture imminente, sont en nombre inférieur après C.S.V. : 4 % après incision verticale et 6,8 % après incision transversale.

Les désunions de cicatrices, sont beaucoup plus fréquentes après césarienne segmentaire transversale : 7 cas sur 44 incisions transversales premières et 2 cas seulement après 74 incisions verticales premières. Ceci correspond à 6 fois plus de désunions de cicatrices après césarienne transversale qu'après césarienne verticale .

Les deux cas de rupture complète surviennent l'un après césarienne segmentaire verticale, l'autre après césarienne corporéale, ces deux césariennes premières ont eu lieu en dehors du service.

Nos résultats nous rapprochent des constatations de LACOMME, BRET, GERNEZ et THOYER-ROZAT, ces auteurs donnent leur préférence à l'incision segmentaire verticale :

- Sur 21 ruptures utérines publiées par LACOMME 12 surviennent après césarienne transversale, 4 après césarienne segmento-corporéale et 2 après césarienne verticale.

- Sur 25 césariennes transversales, DEVILLERS dans sa thèse, rapporte 2 cas de rupture utérine et aucun sur 30 césariennes verticales soit 8 % de ruptures utérines après césarienne segmentaire transversale.

- DESNOYERS en 1958, dans la thèse de HARDY, sur 412 césariennes se montre partisan de l'incision verticale qui, selon lui, donne une cicatrice de meilleure qualité.

- GRASSET et BRET, en 1953, à propos de deux ruptures utérines, considèrent le risque de rupture plus grand après incision transversale.

Pour ces auteurs, les causes de la rupture dans les césariennes segmentaires transversales sont :

- Le lieu de l'incision juste à l'endroit où se produit habituellement la rupture.

- La direction des forces au cours du travail qui tend à écarter les bords de la cicatrice transversale alors qu'elles étirent sans l'élargir la cicatrice longitudinale.

- Le décollement vésical insuffisant au cours des césariennes transversales, la cicatrice n'étant recouverte que par un mince feuillet séreux, alors que le décollement bas de la vessie permet dans les césariennes verticales de mieux protéger la cicatrice segmentaire.

- Enfin, l'incongruence des bords de l'incision transversale souvent à l'origine d'une cicatrice défectueuse.

D'autres auteurs, au contraire, publient des résultats en faveur des césariennes transversales :

- PEDOWITZ et SCHWARTZ, en 1957, rapportent 18,2 % de ruptures après césariennes corporeales 12,9 % après C.S.V. et 8,3 % après C.S.T.

- MALINAS trouve 2 ruptures, 3 désunions sur 15 C.S.V. aucune rupture mais 6 préruptures sur 94 C.S.T.

- DIA et CHASTRUSSE comparant en 1966, 2 séries de 138 C.S.V. et 134 C.S.T. pratiquées dans deux services Bordelais, constatent, au cours de 39 césariennes itératives verticales et 24 césariennes itératives transversales : aucune rupture, un seul amincissement du segment inférieur après C.S.T., 2 ruptures et 3 amincissements du segment inférieur après C.S.V. Ces auteurs concluent à une plus grande solidité des cicatrices de C.S.T.

- THEIN et Mac SWEENEY, en 1964, prônent la supériorité de l'incision transversale.

- PIGEAUD et son école sont également partisans de l'incision segmentaire transversale pratiquée dans 96 % des cas de 1962 à 1965.

Les études hystérogaphiques de RUIZ-VELASCO en 1964 montrent sur 150 observations 40 % d'anomalies isthmiques, deux fois plus souvent après C.S.V. qu'après C.S.T.

- MAGNIN et THOULON, en 1968, sur 90 hystérogaphies après césarienne notent :

- sur 73 C.S.T., 39 petites déformations, 5 cicatrices limites, 8 cicatrices défectueuses.
- sur 8 C.S.V., 4 petites déformations, une cicatrice limite.

La disproportion des séries ne permet pas de tirer des conclusions mais leur impression d'ensemble est favorable à la césarienne segmentaire verticale.

Les constatations faites au cours de nos césariennes itératives nous permettent de conclure sur :

- Une plus grande solidité de la cicatrice segmentaire après incision verticale qu'après incision transversale :
 - 4 % de désunions et de ruptures après C.S.V. sur 74 cas.
 - 15,9 % de désunions après C.S.T. sur 44 cas.
 - 4 % de préruptures après C.S.V. sur 74 cas et 6,8 % après C.S.T. sur 44 cas.

- un nombre plus grand d'adhérences péritonéales après C.S.V. : 23 % qu'après C.S.T. : 11 %.

- adhérences vésico-utérines plus nombreuses après C.S.T. : 15,9 % qu'après C.S.V. : 9,4 %.

- myomètre en mauvais état plus souvent après C.S.V. : 8,1 % qu'après C.S.T. : 6,8 % mais dans 6,8 % des C.S.T. on trouve un "bourrelet" cicatriciel

V - LES TECHNIQUES SPECIALES :

Ces techniques en usage dans les "cas impurs" sont presque totalement abandonnées depuis l'apparition des antibiotiques.

Citons-les pour mémoire :

- L'opération de PORTES : extériorisation temporaire.

- Césariennes extra-péritonéales reprises par WATERS (1940) et NORTON (1946) aux Etats-Unis, BOURGEOIS et PHANEUF (1949) :

- par voie paravésicale : technique de LATZKO, SELLHEIM, DODERLEIN et KUSTNER.

- par voie supravésicale : technique de SELLHEIM, WATERS, RICCI, BOURGEOIS et PHANEUF.

- L'exclusion de la grande cavité péritonéale par les procédés de MICHON et JEANNIN :

Nous relevons dans notre statistique deux fois l'application de la technique de MICHON :

- Obs. 108-1960 : IIIe pare, 31 ans, à terme, rupture des membranes depuis 48 h. Présentation de la face enclavée en mento-postérieure. Isolement de la zone segmentaire selon le procédé de MICHON. Incision transversale. Brèche vésicale au moment du décollement préutérin. Liquide amniotique purulent. Enfant de 3 600 g, criant dès la naissance. Suture vésicale en deux plans. Suites maternelles : suites fébriles, syndrome subocclusif réversible, enfant s'élevant normalement.

- Obs. 1531-1963 : IIe pare, 32 ans, 8 mois 1/2 de grossesse. Rupture des membranes depuis 12 h., grossesse gémellaire : 2 jumeaux en présentation du siège. Procidence du cordon. Isolement de la zone segmentaire selon le procédé de MICHON. Incision verticale, enfant de 3 550 g et 3 050 g criant dès leur naissance s'élevant normalement. Suites maternelles simples.

Dans ces deux cas impurs, l'exclusion du segment inférieur a permis de ne pas ensemençer la cavité péritonéale.

EXTRACTION DU FOETUS ET DES ANNEXES

Dans 688 cas, du fait des gémellités, le mode d'extraction du foetus est précisé :

- 516 extractions par la tête : cette extraction se fait, soit en introduisant l'index dans la bouche du foetus, ce qui permet de fléchir la tête, de lui faire accomplir une rotation et de lui faire traverser la brèche utérine, soit en glissant la main en " démonte-pneu " de façon à guider le pôle céphalique dans le cadre de l'incision, l'accouchement de la tête étant aidée par une expression du fond utérin.

Dans 20 cas, l'extraction de la tête est difficile: 12 fois au cours d'une hystérotomie transversale, 6 fois, au cours d'une verticale, 2 fois, au cours d'une segmento-corporéale.

13 fois, l'incision a filé au cours de l'extraction de la tête :

- 9 fois, une hystérotomie segmentaire verticale.
- 2 fois, au cours d'une segmentaire transversale.
- 2 fois, au cours d'une segmento-corporéale.

Dans 4 cas, la tête étant engagée, nous avons utilisé le forceps de PAJOT.

Dans un cas d'hydrocéphalie, nous avons pratiqué une crânioclasie (Obs. 2220 - 1964)

- 167 extractions par le siège : pour présentations pelviennes, présentations transverses, présentations céphaliques engagées, placenta-*prævia*, grossesses gémellaires.

Dès la sortie du foetus, l'anesthésiste injecte une ampoule de Méthyl-ergobasine intra-veineuse, la rétraction utérine active le décollement placentaire, la délivrance est le plus souvent naturelle et dans certains cas artificielle.

Une révision utérine systématique permet d'éviter une rétention de cotylédons ou de membranes, et de vérifier la cavité utérine. Cette révision utérine nous a permis de découvrir :

- 8 malformations utérines responsables de présentations transverses et pelviennes :

- 2 utérus bicornes (Obs. 1757-1964 et 854-1966).
- 4 cloisonnements médians du fond utérin (Obs. 35 - 1958, 1618- 1958, 165-1963, 1828-1965).
- 1 utérus unicorne (Obs. 1187 - 1967).
- 1 utérus bifide avec petit utérus annexiel (Obs. 1356 - 1965).

- 1 synéchie isthmique après curetage (Obs. 1072-1963)

- 6 gros myomes sous-muqueux (Obs. 506-1958, 446-1963, 515-1963, 2107-1963, 2186-1963, 2565-1965).

- de nombreuses lésions placentaires et d'endométrite.

Dans 4 observations, nous notons une hémorragie de la délivrance importante par mauvaise rétraction utérine (Obs. 1910-1961, 2131-1963, 2037-1964 et 2618- 1964).

Dans 145 observations, 5 à 10 cc d'extraits post-hypophysaires sont injectés dans le muscle utérin après la délivrance.

S U T U R E U T E R I N E

I - LE MATERIEL DE SUTURE :

Nous utilisons du catgut n° 2 simple.

Le matériel non résorbable doit être éliminé définitivement. Certains auteurs s'en servent encore.

En 1957, CHALNOT, GRODIDIER et COLETTE publient 4 cas de fistules utéro-pariétales dues au nylon.

En 1961, RICHON et SIMONIN rapportent 13 cas de fistules utéro-pariétales de 1946 à 1956 sur 322 césariennes corporéales après suture utérine à la soie ou au nylon.

En 1964, WACQUEZ décrit 2 cas de suppuration utérine après suture au fil non résorbable.

POIDEVIN, dans une étude expérimentale récente pratique des sutures utérines sur des utérus bicornes, il constate que le meilleur matériel est le catgut chromé, le catgut simple est satisfaisant.

II - TECHNIQUES DE SUTURE :

Notre suture utérine est faite en 2 plans, un plan profond à points séparés simples extra-muqueux, un plan superficiel d'enfouissement soit par points séparés, soit par surjet en évitant de créer un plan intermédiaire.

Nous rejetons le surjet pour les 2 plans, les points en X ischémiques. POIDEVIN a montré, après hystérographie, la mauvaise qualité des cicatrices obtenues après suture en surjet des 2 plans du myomètre.

La suture en un plan devient de plus en plus fréquente POTTER, GREENHILL, GRANJON, RIVIERE, LACOMME en sont partisans. JOURDAN, conseille un seul plan par points " far and near " en U sagittal.

WANIOREK, dans une étude hystérogaphique, conclut à la supériorité de la suture en un plan à points séparés:

91 % de cicatrices sans anomalie, 72 % pour la suture en 2 plans.

Nous ne relevons aucun cas de suture en un seul plan dans notre statistique. Nous insistons sur la suture extra-muqueuse, évitant le plus possible de faire un plan total. Les points perforants risquent de conduire l'infection de la cavité utérine dans la cicatrice et une inclusion de muqueuse peut-être à l'origine d'une endométriose.

Dans des publications récentes, LACOMME , VARANGOT, POIDEVIN, se montrent fermement défenseurs de la suture extra-muqueuse. MAGNIN et THOULON en 1968, après étude hystérographique, concluent à 88 % de cicatrices solides après suture extra-muqueuse contre 60 % après suture totale.

P E R I T O N I S A T I O N

Nous terminons l'intervention en recouvrant l'incision segmentaire par le plan vésical préalablement décollé. On suture " en redingote " le lambeau inférieur au lambeau supérieur par un surjet de catgut 00.

Le décollement pré-utérin, les points de suture saignent quelquefois, l'hémostase doit être soigneuse et totale pour éviter la constitution d'hématomes sous-péritonéaux, leur résorption rendant les suites opératoires fébriles.

Les champs de protection abdominaux sont ôtés.

La toilette péritonéale doit être minutieuse pour éviter la constitution d'adhérences.

L'absence de sang dans les gouttières pariéto-coliques et le cul-de-sac de Douglas, témoigne d'un isolement satisfaisant de la zone opératoire segmentaire.

Les annexes sont vérifiées.

INTERVENTIONS ASSOCIEES

I - LA STERILISATION

Nous pratiquons la ligature résection de 1 cm de trompe au niveau du segment interne, de part et d'autre d'une pince en coeur. Le mésosalpynx est ligaturé.

Le segment tubaire distal et le segment tubaire proximal sont liés au lin et enfouis sous 2 bourses en sous-péritonéal.

Nous relevons 187 stérilisations par ligature-résection des trompes, chaque cas est justifié par une indication majeure.

Les indications sont les suivantes :

1 - Césariennes itératives :

- Césarienne quatrième : 1 fois
- Césariennes troisièmes : 28 fois
- Césariennes secondes : 51 fois.

La stérilisation au cours des césariennes itératives est indiquée par l'état du muscle utérin, les adhérences, les désunions et ruptures de cicatrices, les incisions corporéales, une grande multiparité ou une maladie maternelle.

2 - Mauvais état du muscle utérin : 30 fois

Conséquence des grandes multipares, des placenta praevia, des incisions utérines qui filent, des préruptures et des ruptures, des cicatrices de myomectomies, des apoplexies utéro-placentaires.

3 - Obstacles praevia chez des multipares :

- Fibromes praevia : 4
- Synéchie isthmique : 1
- Cols cicatriciels : 3
- Périnées cicatriciels : 3

4 - Maladies maternelles :

- Diabètes : 5
- Immunisations foeto-maternelles : 8
- Hypertensions artérielles : 3
- Cardiopathies : 5
- Maladies gravidiques : 4
- Indications ophtalmiques : 2
- Indications neurologiques : 1
- Psychopathies : 2

5 - La grande multiparité chez des femmes à l'état général déficient :

- IVe pare : 4
- Ve pare : 8
- VIe pare : 9
- VIIe pare : 5
- VIIIe pare ; 1
- IXe pare : 3
- Xe pare : 4
- XIIIe pare : 1
- XVe pare : 1

II - L'HYSTERECTOMIE : La césarienne mutilatrice

5 fois, soit dans moins de 1 % des cas.

L'indication est chaque fois portée par nécessité, elle s'impose.

Certains auteurs américains défendent l'hystérectomie de principe, la "cesarean hysterectomy".

O'LEARY et STEER publient en 1964, sur une période de 10 ans au SLOANE HOSPITAL, 167 "hystérectomies césariennes" et 3 412 césariennes pour 40 888 accouchements.

WILLIAMS et JONES avancent que 24 % des femmes ayant subi une césarienne et une stérilisation se plaignent de troubles gynécologiques divers et surtout de métrorragies.

CHESTERMANN trouve chez ses césarisées 3 fois plus d'hystérectomies que dans un groupe témoin.

DEES, DIECKAMM et HARROD constatent 3 % d'échecs dans les stérilisations. Tous ces auteurs sont partisans de l'hystérectomie césarienne.

PAGE a calculé qu'il faut 500 à 1 000 hystérectomies pour prévenir un cancer du col.

Nous n'en trouvons qu'un seul dans notre statistique.

Les complications per et post-opératoires lors des césariennes mutilatrices sont bien plus importantes que lors des césariennes simples. La morbidité est de 30 % contre 16 % pour O'LEARY et STEER, de 12,5 % contre 6 % pour MEYER et COUNTISS, de 24 % pour MONTAGUE.

SANDBERG a 7 plaies des voies urinaires sur 97 césariennes mutilatrices.

PLETSCH et SANDBERG ont 11 plaies de la vessie ou des uretères pour 169 césariennes mutilatrices.

MORTON a 5 morts pour 250 césariennes mutilatrices.

Les difficultés techniques : pédicules latéro-utérins vasculaires larges, pédicules vésico-vaginaux, gros sinus veineux, risques vésicaux et urétéraux, pertes de sang supérieures à celles des césariennes simples, femmes gravides fatiguées, morbidité et mortalité plus élevées, sont autant de facteurs qui nous font condamner formellement l'hystérectomie de principe.

Toutes nos hystérectomies sont faites par nécessité.

Sur les 5 hystérectomies relevées, nous décomptons :

- 4 hystérectomies subtotaux :
 - 2 pour rupture utérine (Obs. 852-1959, 916-1961).
 - 1 pour apoplexie utéro-placentaire (Obs. 214-1964).
 - 1 pour permettre une colectomie sigmoïde pour cancer (Obs. 499-1962).
- Une hystérectomie totale, pour rupture utérine (Obs. 1168-1966).

Nous préférons l'hystérectomie subtotale qui fait courir moins de risques à la patiente, les dangers urinaires sont moins grands, l'hémostase plus facile, l'intervention moins choquante.

Signalons une hystérectomie totale pratiquée au 13^e jour chez une femme opérée pour syndrome occlusif dû à des adhérences d'anses intestinales sur une cicatrice segmento-corporéale.

Toutes les suites opératoires de nos hystérectomies sont simples.

III - MYOMECTOMIES : 10.

- 6 myomes sous-séreux (Obs. 2186-1963, 2265-1965, 2481-1965, 2840-1966, 2630-1966, 569-1967).
- 2 myomes en voie de nécrobiose (Obs. 134-1960 et 1181-1965).
- 2 myomes segmentaires praevia (Obs. 1968-1962, 515-1963).

Les myomectomies allongent peu le temps opératoire et évitent une opération ultérieure.

L'imbibition gravidique rend facile le clivage du myome, l'hémostase et la péritonisation doivent être soigneuses pour éviter la constitution d'adhérences.

MERGER, LEVY et MELCHIOR en 1965, rapportent 25 myomectomies au cours de la césarienne, l'étude de leurs observations est nettement en faveur de cette intervention complémentaire.

La morbidité de la césarienne n'est pas augmentée, l'ablation du myome permet quelquefois de corriger une dystocie mécanique ou dynamique.

Toutes les suites opératoires de nos césariennes avec myomectomie sont simples.

IV - KYSTECTOMIES : 5 fois. (Obs. 482-1958, 134-1960, 1097-1961, 2504-1963, 1176-1967).

- 3 kystes sont praevia, responsables de l'intervention (Obs. 134-1960, 1097-1961, 2504-1963).
- Les 2 autres kystes sont des découvertes opératoires (Obs. 482-1958, et 1176-1967).

Suites opératoires simples.

V - AUTRES INTERVENTIONS CHIRURGICALES.

- Section de cloison médiane dans un utérus bicornue (Obs. 1854-1966).

- Suture d'une brèche au niveau du feuillet postérieur du ligament large à travers laquelle se glissait l'anse sigmoïde. (Obs. 2417-1963).

- Dilatation aux bougies de HEGAR d'une sténose cervicale organique après extraction du fœtus. (Obs. 1655-1962).

- Colectomie segmentaire pour épithélioma du colon sigmoïde (Obs. 499-1962).

- Appendicectomie associée à une salpingectomie et ovariectomie droite (Obs. 2720-1967).

Nous sommes contre l'appendicectomie prophylactique conseillée par certains auteurs américains comme BRYANT, BOYD et HOFFMEISTER.

Les annexes, l'appendice doivent être vérifiés après l'intervention césarienne, mais l'appendicectomie ne doit pas être systématique car l'ensemencement par un moignon septique d'une cavité péritonéale imbibée de sang risque d'augmenter la morbidité postopératoire.

Cette morbidité due à l'appendicectomie est notée par certains auteurs, elle est de 4,3 % pour SWEENEY, 5,7 % pour POWELL, 26 % pour SCHREIER et MYERS.

ACCIDENTS PEROPERATOIRES

Nous relevons, dans nos comptes-rendus opératoires :

I - ACCIDENTS ANESTHESIQUES :

A - Une mort maternelle per-opératoire : Accident anesthésique chez une cardiaque (Obs. 1703-1965) : cardiaque rhumatismale ayant eu un oedème aigu du poumon 8 jours avant. Tachycardie supra-ventriculaire avec signes de surcharge à l'E.C.G. Interruption de la grossesse décidée au 8e mois. Dès l'injection de Penthiobarbital intra-veineux, collapsus circulatoire avec fibrillation ventriculaire Arrêt cardiaque. Echec du massage cardiaque. Enfant vivant de 2 200 g.

B - Troubles respiratoires :

- Obs. 568-1966 : Insuffisance respiratoire chez une femme obèse. Sang noir. Utérus cyanosé. Choc mortel irréversible 3 h après l'intervention.

- Obs. 1358-1965 : spasme de la glotte au début de l'anesthésie disparaissant après curarisation.

- Obs. 229-1966 : Vomissements peropératoires à l'origine d'une fausse route bronchique, infection pulmonaire postopératoire avec température à 40° et foyer localisé sur les radios pulmonaires.

Soit 4 accidents anesthésiques :

- 2 à l'origine du décès maternel, l'un peropératoire chez une cardiaque, l'autre postopératoire chez une obèse, insuffisante respiratoire.

- un encombrement broncho-pulmonaire par déglutition avec complications infectieuses postopératoires.

- un incident mineur, un spasme glottique.

II - CHOC PEROPERATOIRES : 3

- 2 chez des cardiaques :

- l'un déjà vu (Obs. 1703-1965).

- l'autre, survenant après l'extraction du fœtus chez une femme atteinte d'insuffisance ventriculaire droite. Choc contrôlé et maîtrisé. (Obs. 2262-1964).

- Le troisième prolongeant un choc préopératoire dû à une rupture utérine chez une XI^e pare. L'enfant est mort, la mère est sauvée. (Obs. 1168 - 1966).

III - LES HEMORRAGIES PEROPERATOIRES :

La perte sanguine normale au cours des césariennes est de 547 cm³ pour DIECKMANN et DAILY, de 1000 cm³ dans 48 % des cas pour HUNT et AVEN.

a) Les incisions hémorragiques : 18 fois.

- 5 fois, après incision segmentaire verticale.
- 6 fois, après hystérotomie segmento-corporéale.
- 6 fois, après incision segmentaire transversale.
- 1 fois, après hystérotomie corporéale.

Ces hémorragies se passent au niveau des tranches de section utérine et des sinus veineux sectionnés.

b) Les hémorragies de la délivrance : 4 fois.

dues à une mauvaise rétraction utérine surtout chez les grandes multipares (Obs. 1910-1961, 2131-1963, 2618 - 1964, 2037-1964).

c) Les hémorragies par fibrinolyse : 8 observations.

- Obs. 565-1962 : Epaulement négligé, utérus lié de vin. Fibrinolyse avec hémorragie locale en nappe, traitement par Plasma, sang et anti-enzymes.

- Les 7 autres cas de fibrinolyse surviennent lors de césariennes pour apoplexie utéro-placentaire, les observations ont été citées dans le chapitre précédent correspondant. (Obs. 1181-1962, 1161-1963, 214-1964, 525-1964, 1830-1964, 542- 1965, 551-1965).

Toutes ces fibrinolyse sont contrôlées par du fibrinogène, du plasma concentré, du sang frais les premières années, des anti-enzymes et de l'acide amino-caproïque dans les observations plus récentes.

Nous ne relevons aucune hémorragie par blessure des pédicules vasculaires utérins dans notre statistique.

IV - LES PLAIES VISCERALES :

2 plaies vésicales sur 684 césariennes soit 0,29 %.

- 0,12% pour BRYANT.
- 1,4 % pour THEIN et Mac SWEENEY, dans les césariennes itératives.
- 2,4% pour O'LEARY et STEER.
- 2,6% pour ALFORD, MILLER et SIMPSON dans les césariennes mutilatrices.

Nos observations :

- 108-1960 : Rupture vésicale sur 4 à 5 cm au cours du décollement du péritoine pré-utérin. Suture. Sonde à demeure. Suites simples.

- 1200-1965 : Brèche vésicale de 5 cm sur la face postérieure de la vessie après extraction difficile d'une tête enclavée. Suture. Sonde à demeure. Suites simples.

Ces 2 césariennes sont premières.

Nous ne relevons aucune plaie urétérale, MAHON et collaborateurs en ont rapporté récemment 8 cas.

aucune plaie intestinale.

R E S U L T A T S

PRONOSTIC MATERNEL

A - ATTITUDE THERAPEUTIQUE DU SERVICE

I - COMPENSATION PEROPERATOIRE DES PERTES SANGUINES

Dans 58 observations, soit dans 8,4 %, la compensation peropératoire est insuffisante, une ou deux transfusions sanguines, des purées globulaires généralement sont prescrites dans les suites opératoires.

II - ALIMENTATION HYDROELECTROLYTIQUE INTRA-VEINEUSE pendant 36 à 48 heures jusqu'à la reprise du transit intestinal.

Dans 675 observations, la durée de l'alimentation parentérale est signalée :

- 557 fois, soit dans 82,5 % des cas, elle est inférieure ou égale à 48 heures.

- 118 fois, soit dans 17,5 % des cas, elle est supérieure à 48 h.

III - ANTIBIOTHERAPIE SYSTEMATIQUE

Sur 614 observations, où elle est notée :

- Un seul antibiotique est prescrit 26 fois soit dans 4,2 % des cas, il s'agit d'une Pénicilline-retard.

- 2 antibiotiques, 366 fois, soit dans 59,6 % des cas :

- l'association Pénicilline-Streptomycine : 147 fois.

- l'association Pénicilline-Colimycine : 219 fois.

- 3 antibiotiques : 222 fois soit dans 36,2 % des cas.

- l'association Pénicilline-Colimycine-Cycline : 167 fois
- l'association Pénicilline-Streptomycine-Cycline : 19 fois
- L'association Pénicilline-colimycine-Tifomycine ; 32 fois.
- L'association Pénicilline-Streptomycine-Tifomycine : 4 fois.

Cette antibiothérapie est prescrite par voie parentérale pendant la durée des perfusions et par voie orale les 4 à 5 jours suivants du fait du traitement anticoagulant.

IV - LES STIMULATEURS DU TRANSIT INTESTINAL :

- Solutés hypertoniques de Sorbitol intra-veineux: 414 fois, soit dans 60,5 % des cas.
- Tensio-actifs intestinaux : 390 fois soit dans 57 % des cas.
- Parasympathomimétiques : 115 fois, soit dans 16,8 % des cas.

V - HYDERGINE :

244 fois, soit dans 35,6 % des observations.

VI - DES ANTICOAGULANTS :

325 fois, soit dans 47,8 % des suites opératoires.

De 1958 à 1962 inclus, les antivitamines K sont peu utilisées, dans 11,3 % des suites opératoires.

De 1963 à 1967 inclus, ils sont prescrits dans 58,4 % des suites opératoires.

Actuellement, les anticoagulants ne sont pas ordonnés systématiquement mais dans plus de 50 % des cas surtout chez les femmes âgées, les multipares, les obèses, les cardiaques, les femmes atteintes de troubles veineux. Le traitement commence au 3^e jour postopératoire.

Le PHENINDIONE, très maniable a notre préférence, il est utilisé 148 fois, soit dans 45,5 % des cas.

L'ACENOCOUMAROL, beaucoup plus actif, 176 fois soit dans 54,1 % des cas. Ayant constaté plusieurs fois

des hématomes de paroi et des lochies hémorragiques au cours de son utilisation, nous l'avons actuellement abandonné.

Le DICOUMAROL n'est retrouvé qu'une seule fois.

L'HEPARINE intra-vaineuse est utilisée 62 fois, soit dans 9 % des suites opératoires non seulement au cours de phlébites et d'embolies pulmonaires mais aussi lors des suites fébriles comme traitement préventif de la phlébothrombose.

VII - BLOCAGE DE LA LACTATION :

Il se fait par des :

- Oestrogènes : 88 fois, soit dans 12,8 % des observations.
- Oestrogènes-androgènes : 244 fois, soit dans 35,6 % des observations.
- Diurétiques : 81 fois, soit dans 11,8 % des cas.

VIII - HEMOSTATIQUES UTERINS : utérotoniques, dérivés de l'ergotamine : 79 fois soit dans 11,5 % des cas.

B - REAPPARITION DU TRANSIT INTESTINAL

Dans 679 observations, le retour des gaz est signalé, il a lieu :

- 512 fois, soit dans 75, 4 % des cas à la 48e heure ou avant.
- 161 fois, soit dans 23,7 % au 3e jour
- 6 fois, soit dans 0,9 % au 4e jour.

Sur les 684 cas, la première selle a lieu :

- 149 fois, soit dans 21,7 % des cas à la 48e h.
- 333 fois soit dans 48,6 % des cas au 3e jour.
- 154 fois, soit dans 22,5 % des cas au 4e jour.
- 48 fois, soit dans 7,2 % des cas après le 4e jour.

C - LA DUREE TOTALE DE L'HOSPITALISATION

Sur les 684 observations, elle est :

- égale ou inférieure à 15 jours dans 485 cas soit dans 70,9 % des observations.

- supérieure à 15 jours, dans 199 cas, soit dans 29,1 % des observations.

D - SUITES OPERATOIRES SIMPLES :

433 observations, où il n'existe aucune complication même minime, soit 63,3 % de suites simples.

E - COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES ::

Morbidité maternelle (Tableau n° 15).

I - CHOC POSTOPERATOIRES :

7 soit 1% des cas : 6 chocs réversibles, 1 choc mortel.

- Observations :

- Obs. 1253-1960 : Primipare, 28 ans. Tuberculose pulmonaire évolutive. Hernie hiatale hémorragique. Présentation du siège. Enfant précieux. Choc postopératoire sans cause apparente facilement maîtrisé. Suites simples.

- Obs. 235-1961 : IIe pare, 30 ans, Césarienne pour placenta praevia central hémorragique. Collapsus postopératoire immédiat vite réversible. Suites simples.

- Obs. 714-1961 : IIe pare, 30 ans. Césarienne itérative pour bassin transversalement rétréci. Fibrinolyse 6 h après l'intervention. Collapsus avec T.A. maxima à 5. Choc réversible sous traitement. Suites simples.

- Obs. 2262-1964 : VIIe pare, 30 ans Cardiaque (I.V.D.). Césarienne itérative pour présentation du front. Gros fœtus. Choc peropératoire après l'extraction du fœtus, compensé. Collapsus grave 3 h après l'intervention maîtrisé sous traitement.

- Obs. 537-1965 : IIIe pare, 33 ans. Césarienne pour placenta praevia recouvrant très hémorragique et présentation du siège. Choc postopératoire, ondulant, difficilement régressif. Suites ultérieures simples.

- Obs. 446-1966 : Xe pare, 34 ans. Césarienne pour présentation de l'épaule du 1er jumeau. Choc post-opératoire facilement réversible.

- Obs. 568-1966 : Primipare, 22 ans. Césarienne pour disproportion foeto-pelviennne. Troubles respiratoires et sang noir durant l'intervention. Choc postopératoire irréversible à la 3e heure : échec de la réanimation, de la respiration assistée, et du massage cardiaque .

Dans 3 observations, le choc est lié à une déperdition sanguine :

- Pré et peropératoire, dans les 2 cas de placenta praevia.
- Postopératoire, dans le cas de fibrinolyse.

Dans 2 observations, à l'hémorragie s'associe l'action de la décompression brutale lors de l'extraction du fœtus chez une VII^e pare cardiaque et chez une Xe pare porteuse d'une grossesse gémellaire.

- Dans le cas de choc mortel, la malade a présenté des troubles respiratoires pendant l'intervention.
- Dans une observation, aucune cause n'apparaît.

La compensation systématique peropératoire des pertes sanguines nous a permis d'obtenir seulement 1 % de chocs postopératoire dans notre statistique.

II - LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES

1 - Les suites fébriles simples : 55 fois, soit dans 8 % des cas.

Nous comprenons sous ce titre les suites pyrétiqes avec élévation thermique supérieure à 38°, pendant plus de 4 jours, sans cause apparente, sans affection responsable décelée durant l'hospitalisation.

Cette hyperthermie régresse plus ou moins rapidement sous traitement antibiotique et quelquefois anticoagulant, tout rentre dans l'ordre avant la sortie de l'opérée.

L'origine de cette hyperthermie postopératoire idiopathique est discutée, elle est due pour les uns à une endométrite ou à une infection urinaire, pour les autres, soit à des rétentions de caillots intra-utérins, soit à une résorption d'hématomes sous-péritonéaux ou d'hémopéritoine, soit à une cicatrice utérine infectée, soit à une phlébite pelvienne.

Dans nos 55 observations, la température est supérieure à 38° :

- 10 fois, durant moins de 6 jours.
- 35 fois, de 6 à 10 jours.
- 10 fois, plus de 10 jours.

Il s'agit :

- 15 fois, de césariennes prophylactiques effectuées avant le début du travail.

- 40 fois, de césariennes en cours de travail ,
le travail ayant débuté ;

- depuis moins de 6 h : 9 fois.
- de 6 à 12 h : 20 fois.
- de 12 à 18 h : 9 fois.
- de 18 à 24 h : 2 fois.

Ces cas sont :

- 12 fois, purs : membranes intactes.
- 43 fois, impurs : les membranes étant rompues :
 - 28 fois à l'extérieur du service.
 - 15 fois, dans le service.

Ces membranes sont rompues depuis :

- Moins de 6 heures, dans 15 cas.
- De 6 à 12 h., dans 16 cas.
- De 12 à 18 h., dans 5 cas.
- De 18 à 24 h., dans 3 cas.
- Depuis plus de 24 h., dans 4 cas.

Dans 36 observations, de nombreux touchers vaginaux ont eu lieu :

- 33 fois dans le service.
- 3 fois, au domicile de la patiente.

Dans 15 observations, il n'y a pas eu de toucher vaginal préopératoire.

Nous notons 4 tentatives et échecs de forceps.

Nous constatons que ces suites fébriles, apparemment " idiopathiques " surviennent :

- Dans les $\frac{3}{4}$ des cas, chez des femmes en travail depuis plus de 6 h.
- Dans les $\frac{3}{4}$ des cas les membranes sont rompues :
 - en dehors du service dans les $\frac{2}{3}$ de ces cas,
 - dans le service dans le tiers restant.
 - dans les $\frac{2}{3}$ des cas impurs, les membranes sont rompues depuis plus de 6 h.
 - dans les $\frac{2}{3}$ des cas des touchers vaginaux ont eu lieu.

Ces suites pyrétiques correspondent dans 2 observations sur 3 à des " cas impurs ".

2 - Phlegmon du ligament large : 1

- Obs. 2720-1967 : Africaine, Primipare, 20 ans. Césarienne pour bassin de Robert. Incision segmentaire verticale. Suites fébriles à 38-38,6°. Douleurs latéro-utérines droites. Suspicion d'appendicite. Laparotomie médiane sous-ombilicale au 12^e jour postopératoire : Infiltration large et induration ligneuse de la base du ligament large évoquant le diagnostic de phlegmon. Appendice turgescent adhérent à la trompe et à l'ovaire droits, appendicectomie et annexectomie droite. Suites simples sous antibiothérapie.

3 - Septicémie : 1

Une septicémie à staphylocoques à point de départ veineux. Lymphangite et périphlébite sur cathéter (Obs. 2431-1967). Guérison sous antibiothérapie. Hospitalisation : 42 j.

4 - Abcès de paroi : 11 soit dans 1,60 % des cas.

Il s'agit :

- Dans 7 observations sur 11 de "cas impurs", la rupture des membranes ayant eu lieu :

- 5 fois, en dehors de notre service.
- 2 fois, dans notre service.
- 5 fois, depuis plus de 6 h.

- Dans 8 observations sur 11, les opérées sont sous anticoagulants :

- ACENOCOUMAROL : 5 fois.
- PHENINDIONE : 2 fois.
- DICOUMAROL : 1 fois.

5 - Infections broncho-pulmonaires postopératoires : 7 soit 1 % des observations.

- Dans un cas, un vomissement peropératoire avec déglutition trachéo-bronchique est signalé (Obs. 229-1966).

- Dans un cas, un encombrement pulmonaire apparaît avant l'intervention au cours d'un coma éclamptique (Obs. 361-1964).

- Dans un cas, l'opérée est atteinte de dilatation des bronches (Obs. 995-1962).

Dans ces 7 cas, la guérison est complète sous antibiotiques, sulfamides et aérosols.

6 - Infections intestinales : 6, soit 0,87 % des cas.

Dans ces 6 observations nous trouvons un syndrome analogue : diarrhée, hyperthermie, douleurs intestinales, et une fois même, déshydratation importante.

- Obs. 1049-1958 : VI^e pare, 33 ans. Placenta praevia hémorragique. Suites fébriles, température à 39-40° du 2^e au 6^e jour. Syndrome diarrhéique au 9^e jour, lochies malodorantes, et abcès de paroi. Guérison sous antibiotiques et sulfamides intestinaux.

- Obs. 108-1959 : III^e pare, 31 ans. Présentation de la face enclavée. Rupture prématurée des membranes depuis plus de 48 h. liquide amniotique purulent. Au 15^e jour, tableau d'infection intestinale fébrile : température à 38°, diarrhée, ballonnement. Guérison sous antibiotiques et anticoagulants.

- Obs. 537-1965 : III^e pare, 33 ans. Placenta praevia hémorragique. Rupture prématurée depuis 26 h. Choc postopératoire au 3^e jour, syndrome diarrhéique avec tableau toxique, déshydratation, vomissements. Colibacilles découverts dans les selles. Guérison sous antibiotiques.

- Obs. 2565-1965 : Primipare, 30 ans. Enfant précieux et dystocie dynamique. Cas pur. Syndrome diarrhéique au 11^e j. avec température à 38°. Guérison sous antibiotiques et anticoagulants.

- Obs. 485-1967 : Primipare, 20 ans. Bassin limite généralement rétréci. Cas pur. Au 11^e jour accès fébrile à 40° avec diarrhée et altération profonde de l'état général. Guérison sous antibiotiques et anticoagulants.

- Obs. 903-1967 : II^e pare, 24 ans. Présentation pelvienne. Rupture prématurée des membranes depuis 8 h. Suites fébriles autour de 39° du 3^e au 10^e jour. Syndrome diarrhéique au 11^e jour, guérison sous perfusions d'antibiotiques et d'anticoagulants. Syndrome ischémique du membre supérieur gauche par spasme artériel au niveau de la zone de perfusion.

III - LES TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL.

1 - Météorismes simples : 8 soit 1,16 % régressant sous perfusion de solutés hypertoniques sodés, de Sorbitol et parasympathomimétiques.

2 - Vomissements simples : 1, soit 0,14 %.

- Obs. 1701-1966 : Vomissements postopératoires dus à une hernie hiatale nécessitant une aspiration gastro-duodénale et des perfusions pendant 7 jours.

3 - Syndromes subocclusifs : 5, soit 0,73 %.

Iléus paralytiques associant météorisme et vomissements, régressant sous aspiration, rééquilibration hydroélectrolytique, solutés hypertoniques et parasymphatomimétiques.

Un état subocclusif, est expliqué par l'existence d'un hématome inter-vésico-utérin, évacué un mois après l'intervention par colpotomie antérieure (Obs. 1358-1965).

4 - Occlusion : une soit 0,14 %.

- Obs. 2431-1967 : Xe pare, 45 ans. Présentation de l'épaule négligée et procidence du cordon. Occlusion fébrile après césarienne. Réintervention au 13e jour : anses intestinales et sigmoïde adhérent à la face antérieure de l'utérus et au niveau de la trompe droite. Libération des anses intestinales. Hystérectomie subtotale. Septicémie sur cathéter. Abscesses de paroi. Guérison, 42 jours d'hospitalisation.

Soit un seul cas d'occlusion mécanique.

IV - LES COMPLICATIONS VASCULAIRES

1 - Veineuses

a) Phlébites des membres inférieurs : 11, soit 1,60 %.

- Obs. 322-1958 : IIe pare, 41 ans. Césarienne itérative pour bassin généralement rétréci. Incision segmentaire verticale, Phlébite crurale gauche au 5e jour régressant sous Héparine et Phénindione. 27 jours d'hospitalisation.

- Obs. 1334-1958 : IIe pare, 20 ans. Césarienne itérative pour bassin transversalement rétréci et gros fœtus. Incision segmentaire transversale, phlébite crurale gauche au 12 j. guérissant sous héparine, phénindione, phénylbutazone; 36 jours d'hospitalisation.

- Obs. 947-1960 : IXe pare, 37 ans, Présentation de l'épaule. Incision segmentaire verticale. Embolie pulmonaire au 7e jour, découverte d'une phlébite crurale gauche. Guérison sous héparine et phénindione. 34 jours d'hospitalisation.

- Obs. 182-1961 : VIe pare, 36 ans. En travail, membranes rompues depuis 7 h. Présentation transverse avec bras procident et procidence du cordon. Incision segmentaire verticale. Phlébite crurale gauche au 5e jour, embolie pulmonaire le 6e jour. Héparine et Phénindione : guérison, 33 j. d'hospitalisation.

- Obs. 916-1961 : IIe pare, 37 ans. Rupture utérine sur cicatrice corporéale. Hystérectomie subtotale. Thrombose de l'artère centrale de la rétine. Phlébite crurale gauche au 5e j. régressant sous Héparine et Phénindione. 29 j d'hospitalisation.

- Obs. 877-1961 : Primipare, 32 ans. 18 h de travail, anomalie de dilatation, présentation en O.I.D.P. Enfant précieux. Césarienne segmentaire verticale. Phlébite du membre inférieur au 9e j. guérison sous héparine et phénindione. 27 j. d'hospitalisation.

- Obs. 1172-1961 : IIIe pare, 35 ans. Rupture des membranes depuis 15 hn travail de 4 h. Incision segmentaire verticale pour présentation du front, phlébite du membre inférieur gauche au 9e j. héparine et phénindione. Hospitalisation : 39 j. Infarctus pulmonaire droit au 46e j. réhospitalisation.

- Obs. 1136-1965 : VIe pare, 37 ans. Iso-immunisation anti-D, incision segmentaire verticale. Phlébite du membre inférieur droit au 3e jour, héparine et acénocoumarol. Lochies abondantes au 11e jour. 16 j. d'hospitalisation.

- Obs. 200-1966 : Primipare, 41 ans. Anomalie de dilatation cervicale après 8h de travail et 4 h de rupture des membranes. Enfant précieux. Césarienne segmentaire transversale. Phlébite au 6e jour. Héparine et acénocoumarol. Lochies rutilantes au 15e jour. Hospitalisation : 17 j.

- Obs. 1701-1966 : IIe pare, 27 ans. Césarienne itérative pour symphyse horizontale, hernie hiatale, utérus cicatriciel. Césarienne segmento-corporéale. Phlébite du membre inférieur gauche au 12e jour. Héparine et Phénindione: un mois d'hospitalisation.

- Obs. 2036-1966 : VIe pare, 40 ans. Présentation transverse. Hystérotomie segmento-corporéale. Phlébite du membre inférieur droit au 7e jour. Héparine et Phénindione. 14 j. d'hospitalisation.

Ces phlébites des membres inférieurs surviennent entre le 3e et le 12 jour des suites postopératoires chez des femmes âgées de plus de 35 ans dans 8 observations, multipares dans 9 observations.

Dans l'Obs. 916-1961, la césarienne est mutilatrice pour rupture utérine.

Dans 3 cas sur 11, elles se compliquent d'un infarctus pulmonaire durant l'hospitalisation, dans un cas une embolie

pulmonaire survient au domicile de l'opérée plus d'un mois après l'apparition de la phlébite.

Le traitement par l'héparine relayé par un anti-vitamine K est rapidement efficace. La durée d'hospitalisation est cependant nettement prolongée.

b) Infarctus pulmonaires: 9 embolies pulmonaires dont une mortelle soit 1,31 %.

- Obs. 29-1958 : IIe pare, 36 ans, placenta praevia et présentation du siège. C.S.V. Au 7e j embolie mortelle sans aucun signe de phlébite préalable.

- Obs. 482-1958 : Primipare, 44 ans. Présentation du siège décomplété et enfant précieux. C.S.T. embolie pulmonaire droite au 15e j. et embolie pulmonaire gauche au 23e jour sous traitement à l'héparine. Phénindione. 44 j. d'hospitalisation.

- Obs. 947-1960 : IXe pare, 37 ans. Présentation de l'épaule. Embolie pulmonaire gauche au 7e j. chez une opérée atteinte de phlébite du M.I. gauche. Anticoagulants.

- Obs. 182-1961 : VIe pare, 36 ans, présentation de l'épaule et procidence du cordon. Phlébite crurale gauche au 5e j. Embolie pulmonaire au 6e jour sous anticoagulants.

- Obs. 1172-1961 : IIIe pare, 35 ans. Présentation du front. Phlébite du M.I. au 9e j. Infarctus pulmonaire au 46e j. à domicile sous anticoagulants..

- Obs. 1311-1963 : Primipare, 20 ans. 14 h de travail et 8 h de rupture de poche des eaux. Dystocie dynamique. gros fœtus et enfant précieux. C.S.V. Embolie pulmonaire de la base droite au 11e j. anticoagulants. 28 j. d'hospitalisation.

- Obs. 2220-1964 : IIe pare, 32 ans. Dystocie dynamique et hydrocéphalie. Embolie pulmonaire droite au 4e j. Héparine et Acénocoumarol. 25 j. d'hospitalisation.

- Obs. 551-1965 : Xe pare, 38 ans. Apoplexie utéro-placentaire. Fibrinolyse débutante contrôlée par anti-enzymes. Embolie pulmonaire à la 24e heure. Héparine et acénocoumarol. 20 j. d'hospitalisation.

- Obs. 2920-1966 : Primipare, 24 ans. Césarienne segmento-corporéale. Hypertension artérielle albuminurique, souffrance fœtale et symphyse horizontale. Embolie pulmonaire au 4e j. post opératoire. Héparine et phénindione. 23 j. d'hospitalisation.

De 1958 à 1962 compris, le traitement anticoagulant par antivitamines K dans les suites de césariennes est rarement prescrit : 11,3 % des cas.

De 1963 à 1967, par contre, on le rencontre dans 58,4 % des cas.

Pendant ces 2 périodes, le pourcentage de phlébites est de 4,4 % de 1958 à 1962, et de 0,76 % de 1963 à 1967.

Le pourcentage d'embolies pulmonaires est de 3,1 % de 1958 à 1962 et de 0,76 % de 1963 à 1967.

Ces observations montrent l'intérêt incontestable du traitement anticoagulant dans la prévention des phlébites et des embolies pulmonaires après intervention césarienne.

Au total, nous relevons dans notre statistique :

- 8 phlébites des membres inférieurs.
- 3 phlébites crurales associées à des embolies pulmonaires.
- 6 embolies pulmonaires.

Soit 17 thromboses sur 684 césariennes, soit 2,4 %.

THEOLEYRE, en 1963, collige 25 phlébites sur 500 césariennes de 1955 à 1962 à la Clinique Obstétricale de LYON soit 5 %.

CHASTRUSSE, en 1966, rapporte 8 cas de thromboses sur 134 césariennes segmentaires verticales soit 6 %.

c) Périphlébites : 5 cas soit 0,73 %.

Dans 2 observations, il s'agit d'une phlébite superficielle de la veine saphène interne avec lymphangite.

Dans 3 observations, d'une thrombose variqueuse

La guérison est obtenue par traitement local avec une pommade anti-inflammatoire à la phénylbutazone et à l'héparine et général par anticoagulants et antibiotiques.

2 - Syndromes ischémiques artério-veineux : 2

- Obs. 2159-1963 : Primipare, 25 ans. Césarienne pour présentation du bregma, anomalie de la dilatation et symphyse horizontale. Au 5e jour thrombose veineuse avec spasme artériel au niveau du M.I. gauche, aspect ecchymotique, indice oscillatoire diminué. Régression par Héparine intra veineuse pendant 8 jours, puis Phénindione.

- Obs. 903-1967 : IIe pare, 24 ans. C.S.V. pour anomalie de dilatation cervicale sur présentation pelvienne. Syndrome infectieux intestinal traité par perfusions. Syndrome isch-

mique du M.S. gauche intéressant la main et le 1/3 inférieur de l'avant-bras. Absence de pouls radial, pouls huméral faible, pouls axillaire bon. Absence d'oscillations au niveau de l'avant-bras. Exploration chirurgicale axillaire, humérale haute et humérale basse au niveau du coude. Absence d'embolie artérielle mais artère spasmée, véritable gaine inflammatoire périveineuse comprimant l'artère et due à la diffusion du liquide de perfusion. Libération artérielle et sympathectomie périartérielle. Traitement anticoagulant. Suites simples.

V - LES COMPLICATIONS URINAIRES

1 - Troubles rénaux : 2 fois soit 0,29 % une anurie et une oligurie.

- Obs. 214-1964 : IIIe pare, 39 ans. Apoplexie utéro-placentaire. Etat de choc et fibrinolyse. Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale. Anurie durant 24 h, obigo-anurie durant 36 h. régressant sous perfusion de Mannitol. Crise urinaire à la 36e heure. Normalisation de la concentration uréique.

- Obs. 537-1965 : IIIe pare, 33 ans. Placenta praevia et présentation du siège. Choc préopératoire, choc postopératoire ondulant et oligurie persistante. Diurèse à la 48e h sous l'effet des perfusions de Mannitol. Syndrome diarrhéique et toxique au 3e jour. Hospitalisation 41 j.

L'anurie et l'oligurie surviennent toutes deux après un choc, deux fois préopératoire et une fois postopératoire. L'apoplexie utéro-placentaire, la fibrinolyse, l'hémorragie par insertion basse du placenta interviennent dans la perturbation des fonctions rénales.

2 - Troubles vésicaux :

4 cas de parésie vésicale soit 0,58 %.

10 cas de cystite soit 1,46 %, dans 3 cas, s'associe une affection urinaire avec lombalgies et hyperthermie à 38°. Tous ces troubles régressent sous l'effet d'un traitement antibiotique et sulfamide.

VI - LES COMPLICATIONS MAMMAIRES : 23 soit 3,3 %. 22 lymphangites d'un seul sein et une lymphangite des 2 seins.

VII - LOCHIES ABONDANTES

Ces lochies apparaissent dans notre service entre le 5e et le 18e jour avec une prédominance entre le 8e et le 10e jour, nous en relevons 47 cas, soit 6,8 %.

- 35 cas de lochies modifiées, fétides.
- 12 cas de lochies hémorragiques, rutilantes.

33 opérées présentant ces lochies anormalement abondantes sont sous anticoagulants :

- 25 sous Acénocoumarol.
- 6 sous phénindione.
- 1 sous Dicoumarol.
- 1 sous Héparine.

En considérant que 148 opérées ont été mises sous Phénindione, et 176 sous Acénocoumarol, nous notons un pourcentage de lochies abondantes plus important sous Acénocoumarol : 14,2 % que sous Phénindione : 4 %.

Nous utilisons actuellement le Phénindione comme anticoagulant, l'Acénocoumarol nous semble trop actif.

VIII - LES HEMATOMES PARIETAUX : 7 soit 1 %.

5 opérées sont sous anticoagulants, toutes les 5 sous acénocoumarol.

De 1958 à 1962 inclus, avec un traitement anticoagulant dans 11,3 % des cas, nous ne relevons aucun hématome de paroi.

De 1963 à 1967 inclus, avec un traitement anticoagulant dans 58,4 % des cas, nous notons 7 hématomes de paroi chez des opérées sous anticoagulants soit 2,2 %.

IX - AUTRES COMPLICATIONS.

1 - Anémies : 19 soit 2,7 %

Anémies hypochromes discrètes dues à une compensation peropératoire insuffisante, traitées par des purées globulaires et un sel de fer.

2 - Complications cardiaques : 2 soit 0,29 %.

- Obs. 635-1964 : Tachycardie sinusale avec extrasystoles au 3e jour des suites p.o. chez une primipare de 33 ans atteinte d'un rétrécissement mitral commisurotomisé 3 ans plus tôt. Traitement par héparine, phénindione, cardiorythmine. Suites simples.

NATURE DES COMPLICATIONS MATERNELLES

	Nb. d'Obs.	%
I - <u>CHOC POSTOPERATOIRES</u>	<u>7</u>	<u>1</u> %
II - <u>COMPLICATIONS INFECTIEUSES</u>		
1 - Suites fébriles simples	55	8 %
2 - Phlegmon du ligament large	1	0,14%
3 - Septicémie	I	0,14%
4 - Abscess de paroi	11	1,60%
5 - Infections broncho-pulmonaires	7	1 %
6 - Infections intestinales	6	0,87%
III - <u>TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL</u>		
1 - Météorisme	8	1,16%
2 - Vomissements	1	0,14%
3 - Syndrome subocclusif	5	0,73%
4 - Occlusion	I	0,14%
IV - <u>COMPLICATIONS VASCULAIRES</u>		
1 - Veineuses		
a) phlébites	11	1,60%
b) infarctus pulmonaires	9	1,31%
c) périphlébites	5	0,73%
2 - Artério-veineuses		
syndromes ischémiques	2	0,29%
V - <u>COMPLICATIONS URINAIRES</u>		
1 - Troubles rénaux	2	0,29%
2 - Troubles vésicaux		
a) parésies vésicales	4	0,58%
b) cystites	10	1,46%
VI - <u>COMPLICATIONS MAMMAIRES</u>	23	3,3 %
VII - <u>LOCHIES ABONDANTES</u>	47	6,8 %
VIII - <u>HEMATOMES PARIETAUX</u>	7	1 %
IX - <u>ANEMIES</u>	19	2,7 %
X - <u>COMPLICATIONS CARDIAQUES</u>	2	0,29%
XI - <u>TROUBLES OCULAIRES</u>	I	0,14%
XII - <u>TROUBLES PSYCHIQUES</u>	3	0,43%
XIII - <u>AFFECTIONS O. R. L.</u>	3	0,43%
T O T A L	251	36,27%
LES CHIFFRES SOULIGNES CORRESPONDENT AUX COMPLICATIONS MAJEURES		

T A B L E A U N° 15

- Obs. 34-1967 : Oedème aigu du poumon au 2^e j. p.o. chez une III^e pare de 31 ans atteinte d'une maladie mitrale rhumatismale avec insuffisance mitrale prédominante. Guérison sous digitaliques et diurétiques.

3 - Troubles oculaires : I soit 0,14 %.

- Obs. 916-1961 : Hémianopsie gauche due à une thrombose de l'artère centrale de la rétine après césarienne mutilatrice pour rupture utérine. Phlébite crurale gauche au 5^e jour Héparine et Phénindione.

4 - Troubles neuro-psychiques : 3 soit 0,43 %

- Troubles démentiels chez une psychopathe (Obs. 903-1967).

- Psychose puerpérale avec état confusionnel et agitation au 5^e jour (Obs. 2952-1967).

- Crise comitiale 10 h après l'intervention sans signes de localisation à l'électro-encéphalogramme (Obs. 1153-1965).

5 - Affections O.R.L. : 3 soit 0,43 %.

2 angines graves avec température à 39° - 40° pendant 4 à 5 jours. (Obs. 2419-1963 et 920-1964).

Une otite au 14^e jour (Obs. 1114-1965).

Dans les complications de nos césariennes, nous ne relevons :

- Aucune hémorragie postopératoire abondante, aucune réintervention pour hémostase.

- Aucune péritonite post-opératoire.

- Aucune fistule utéro-pariétale, vésico-vaginale, urétérale, utéro-vésicale.

F - LA MORTALITE MATERNELLE.

3 morts sur 684 femmes opérées soit 0,43 % de mortalité maternelle.

- Obs. 29-1958 : II^e pare, 36 ans. Césarienne en urgence pour placenta praevia et présentation du siège. Embolie pulmonaire mortelle au 7^e j.

- Obs. 1703-1965 : VI^e pare, 34 ans. Cardiaque rhumatismale, oedème aigu du poumon. Etat cardio-respiratoire précaire : tachycardie de type supra-ventriculaire avec signes

de surcharge à l'électrocardiogramme. Cette malade ne peut supporter un accouchement par voie basse, ni une prolongation de sa grossesse. La césarienne est prévue. Dès l'injection des premiers cc de Penthiobarbital, collapsus circulatoire avec fibrillation ventriculaire à l'E.C.G. Massage cardiaque externe puis direct, défibrillation, Noradrénaline intra-cardiaque sans résultat. Hystérotomie corporeale permettant de sauver l'enfant.

- Obs. 568-1966 : Primipare, 22 ans, césarienne après 15 h de travail et 12 h de rupture des membranes pour disproportion foeto-pelvienne et symphyse horizontale. Choc post-opératoire à la 3e h, irréversible. Echec de la respiration assistée et du massage cardiaque.

Ces 3 morts maternelles sont dues :

- L'une à une embolie pulmonaire postopératoire au 7e j.
- La 2e à un collapsus peropératoire dès l'injection de l'anesthésique chez une grande cardiaque.
- La 3e à un choc postopératoire à la 3e h irréversible.

En conclusion (Tableau n° 16).

Suites simples sans aucune complication même minime : 433 observations soit 63,3 % des cas.

Suites compliquées :

a) Complications mineures : 196 observations soit 28,6 % des cas. Nous entendons sous le titre de complications mineures : les suites fébriles simples, les retards de réapparition du transit intestinal, les hématomes et abcès de paroi, les périphlébites, les troubles vésicaux, les lymphangites mammaires, les lochies abondantes, les anémies, les troubles psychiques, les affections O.R.L.

b) Complications majeures : 55 observations soit 8 % des cas. Nous entendons sous le titre de complications majeures : les chocs postopératoires, le phlegmon du ligament large, les infections broncho-pulmonaires, intestinales, la septicémie, l'occlusion, les phlébites, les embolies pulmonaires les syndromes ischémiques des membres, les troubles de la fonction rénale, les accidents cardiaques, la thrombose de l'artère centrale de la rétine.

Mortalité maternelle : 0,43 %.

P R O N O S T I C M A T E R N E L -----

	Nb. d'Obs.	%
<u>A - SUITES MATERNELLES SIMPLES</u>	433	63, 3%
<u>B - SUITES MATERNELLES COMPLIQUEES</u>		
1 - Complications majeures	55	8 %
2 - Complications mineures	196	28, 6%
<u>C - MORTS MATERNELLES</u>	3	0, 43%

T A B L E A U N° 16

G - COMPARAISON DE NOS RESULTATS ET DE CEUX DES AUTRES STATISTIQUES.

I - MORTALITE MATERNELLE : 0,43 %.

Dans les publications récentes, elle oscille entre 0 % et 1 % :

- 0 % pour CHASTRUSSE et DIA sur 272 césariennes, LACOMME et LEWIN sur 313 opérées, également pour DILLON et collaborateurs.
- 0,18 % pour JENSEN et AARO.
- 0,3 % pour JONES.
- 0,38 % pour BRYANT.
- 0,42 % pour MULLA et BATES.
- 0,5 % pour WENDL.
- 0,53 % pour RIVIERE
- 0,64 % pour les auteurs Belges.
- 0,66 % pour CHAUSSON et RUF.
- 0,7 % pour la Clinique Gynécologique de Strasbourg.
- 0,83 % pour GERNEZ.

Cette mortalité maternelle a beaucoup diminué ces dernières années, citons à titre de comparaison les pourcentages des années antérieures :

- 7,5 % pour SKELL et JORDAN (1932)

- 5 % pour CALVIN (1934).
- 5,9 % pour HAYES (1934).
- 1.1 % pour KISTNER (1949).

II - LA MORBIDITE MATERNELLE ; nos pourcentages sont de :

- 8 % pour les complications majeures.
- 28,6 % pour les complications mineures soit 36,6 % au total.

Les chiffres des différentes statistiques sont difficilement comparables, certains auteurs comprenant les incidents mineurs, d'autres ne retenant que les accidents graves.

Citons à titre de comparaison, les pourcentages de morbidité maternelle :

- 10,3 % pour JENSEN et AARO.
- 14 % pour BRYANT.
- 16 % pour O'LEARY et STEER.
- 17 % pour la Clinique Gyn. de Strasbourg.
- 30 % pour TOULOUSE et DUBOIS.
- 33 % pour JONES.

H - SUITES LOINTAINES DES FEMMES CESARISEES.

97 femmes, soit 14,18 % seulement de nos opérées sont revues à la consultation postnatale, 2 à 3 mois après l'intervention.

29 opérées soit 29,9 % des femmes revues présentent par ordre de fréquence :

- Des algies pelviennes et lombaires, 7 fois.
- Des leucorrhées, 7 fois.
- Des cervicites, 7 fois.
- Des vaginites, 4 fois.
- Des cystalgies, 4 fois.
- Des cycles menstruels irréguliers, 3 fois.
- Une aménorrhée : 3 fois.
- Des métrorragies, 2 fois. fois.
- Une endométrite hémorragique, 2 fois.
- Des dysménorrhées : 2 fois.
- Une affection urinaire, 2 fois.
- Une phlébite, 2 fois.
- Une intolérance aux fils de nylon pariétaux, 2

fois.

- Une collection hématique de l'espace vésico-utérin drainé par colpotomie antérieure, une fois.

Nous ne relevons aucune fistule vésico-vaginale, ni utéro-vésicale, ni utéro-pariétale dans notre statistique.

Le nombre de femmes opérées revues est insuffisant pour établir des pourcentages.

Le nombre restreint d'hystérographies pratiquées après césarienne ne nous permet pas d'en tenir compte dans notre travail.

Nous essayons actuellement de contrôler nos cicatrices utérines par une hystérographie le plus souvent possible 2 à 6 mois après l'intervention.

LEPAGE, POIDEVIN, RUIZ-VELASCO, MAGNIN et THOULON ont étudié au cours de séries d'hystérographies la qualité de la cicatrice segmentaire, ce qui leur permet de distinguer les cicatrices solides des cicatrices défectueuses et d'adopter une conduite thérapeutique lors d'une grossesse ultérieure.

PRONOSTIC FOETAL

A - LA MORTALITE FOETALE

L'intervention césarienne ne permet pas toujours de sauver l'enfant, dans de nombreux cas l'indication de voie haute est maternelle, l'enfant est mort, ou malformé, prématuré, débile, il meurt avant la fin de l'hospitalisation de la mère.

Nous étudierons la mortalité des enfants césariens pendant la période d'hospitalisation de la mère qui est de 13 à 15 jours dans 485 observations et supérieure à 15 jours dans 199 observations.

En tenant compte des 12 grossesses gémellaires, nous relevons 696 enfants césariens dans nos 684 observations.

Sur ces 696 enfants, 44 dont 2 jumeaux sont morts soit une mortalité périnatale globale de 6,3 %.

Cette mortalité périnatale comprend :

- La mortinatalité, mortalité foetale ou anténatale, ce sont les enfants morts-nés.
- La mortalité néo-natale, correspondant à la mortinatalité durant la période d'hospitalisation de la mère.
 - 19 enfants sont morts-nés soit une mortalité de 2,7 %.
 - 25 enfants dont 2 jumeaux sont morts après leur naissance durant l'hospitalisation soit une mortalité néo-natale de 3,6 %.

La mortalité néo-natale représente 56,9 % et la mortinatalité 43,1 % de la mortalité périnatale globale.

I - ETUDE DE LA MORTINATALITE :

19 enfants sont morts-nés lors de leur extraction (Obs. 916-1959, 947-1960, 457-1960, 182-1961, 916-1961, 1181-1962, 515-1963, 214-1964, 525-1964, 2220-1964, 2508-1964, 551-1965, 1933-1965, 521-1966, 775-1966, 1168-1966, 1414-1966, 2483-1966, 2330-1967).

La mort foetale pré et per-opératoire est due :

- 2 fois, à une hydrocéphalie, l'enfant étant tué par cranioclasie (Obs. 2220-1964 et 2330-1967).
- 5 fois, à une hémorragie rétro-placentaire, apoplexie utéro-placentaire (Obs. 1181-1962, 525-1964, 214-1964, 551-1965, 775-1966).
- 2 fois, un placenta praevia hémorragique (Obs. 916-1959, 457-1960).
- 2 fois, à une procidence du cordon (Obs. 182-1961, 515-1963).
- 2 fois, à une rupture utérine, l'une lors d'une césarienne première, l'autre lors d'une césarienne seconde (Obs. 916-1961, 1168-1966).
- 1 fois, à une présentation du front mais la souffrance foetale est expliquée par un double circulaire du cordon et l'autopsie permet de découvrir une cardiopathie congénitale (Obs. 521-1966).
- 1 fois, à une souffrance foetale apparue après 6 h d'épreuve du travail (Obs. 1414-1966).
- 1 fois, à une présentation de l'épaule, avec souffrance foetale au cours du travail (Obs. 947-1960).
- 1 fois, à l'étranglement d'un jumeau par son membre supérieur enlacé autour du cou (Obs. 2483-1966).
- 1 fois, à un coma éclamptique (Obs. 1933-1965).
- 1 fois, à une hypertension artérielle grave (Obs. 2508-1964).
- Dans 6 cas, on peut penser à postériori qu'une césarienne plus précoce aurait permis de sauver l'enfant, il s'agit :
 - de la souffrance foetale apparue après 6 h d'épreuve du travail
 - des 2 présentations de l'épaule, l'une avec procidence du cordon, l'autre associée à une souffrance foetale apparue au cours du travail
 - de la présentation du front, la souffrance foetale est expliquée par le double circulaire du cordon, mais dans ce cas, l'enfant est atteint d'une cardiopathie congénitale.
- des 2 ruptures utérines :

- l'une après syndrome de prérupture sur un utérus cicatriciel, cicatrice utérine corporéale (Obs. 916-1961).
- l'autre, anomalie de dilatation après 2 heures de travail chez une IVe pare de 42 ans, la césarienne est faite pour procidence du cordon et souffrance foetale (Obs. 1168-1966).

Nous tiendrons compte de ces 6 observations au cours de l'établissement d'une mortalité épurée après césarienne.

- Dans les autres cas, l'intervention césarienne ne modifie pas le pronostic foetal, l'enfant est tué avant sa naissance, soit par une malformation congénitale : hydrocéphalie, soit par une cause annexielle : hématome rétro-placentaire et insertion basse du placenta, soit par une tare maternelle : hypertension artérielle, éclampsie, soit par un accident : étranglement d'un jumeau, soit par prématurité : enfant de 1 300 g (Obs. 214-1964, 515-1963) et de 1 000 g (Obs. 457-1960).

Ces 13 morts anténatales doivent être éliminées lors de l'établissement d'une mortalité épurée, la césarienne est faite dans ces cas le plus souvent pour la mère et non pour l'enfant.

II - MORTALITE NEO-NATALE

25 enfants sont morts après leur naissance.

1 - 10 sont de grands prématurés de poids inférieur à 1 800 g.

(Obs. 35-1959, 1039-1963, 2303-1963, 10-1965, 2334-1965, 620-1965, 537-1965, 1358-1965, 2115-1966).

9 grossesses dont une gémellaire.

- 7 césariennes dont celle pour grossesse gémellaire sont pratiquées pour placenta praevia hémorragique avant le terme de la grossesse.

- 2 césariennes sont effectuées pour présentation transverse, le travail ayant débuté avant le terme de la grossesse.

2 - 5 enfants sont morts après leur naissance d'une tare foetale indépendante de l'intervention césarienne :

(Obs. 1824-1960, 1354-1964, 2223-1964, 1136-1965, 1187-1966).

- 2 d'anasarques foeto-placentaires dus à une immunisation foeto-maternelle grave, l'un 3 h après sa naissance

l'autre après le début de l'exsanguino-transfusion. (Obs. 1354-1964, 1136-1965).

- I d'ictère grave avec melaena et convulsions par immunisation anti-A (Obs. 1187-1966).
- I d'un syndrome hémorragique congénital avec hématoméses et melaena (Obs. 1824-1960).
- 1 de postmaturité importante (Obs. 2223-1964).

3 - 10 enfants sont morts durant l'hospitalisation de leur mère :

Dans ces observations, la césarienne peut avoir joué un rôle dans le devenir de l'enfant.

(Obs. 26-1958, 36-1960, 278-1962, 242-1965, 2222-1965, 1329-1966, 960-1967, 1517-1967, 1760-1967, 2233-1967).

Ces enfants proviennent de :

- Multipares : 2 IIe pare, une IIIe pare, 2 IVe pare, 2 Ve pare, 2 VIe pare, une Xe pare.
- femmes âgées :
 - une seule a 23 ans.
 - 5 ont de 25 à 29 ans.
 - une, 30 ans.
 - 2 de 35 à 39 ans.
 - une a 42 ans.

Ces enfants sont prématurés 8 fois sur 10 :

- 2 grossesses seulement ont atteint leur terme.
- 2 ont 7 mois.
- 1, 7 mois 1/2.
- 3, 8 mois
- 2, 8 mois 1/2.
- un seul enfant pèse plus de 3 kg, 5 ont un poids compris entre 2 500 g et 3 kg, 3 pèsent entre 2 000 g et 2 500 g, un pèse 1 800 g.
- 6 césariennes sont faites en urgence.
- 3 sont prévues.
- 1 est faite au cours du travail.

Ces césariennes sont exécutées :

- 5 fois pour placenta praevia hémorragique.
- 1 fois pour souffrance foetale après 20 h de travail pour disproportion foeto-pelvienne, anomalie de dilatation consécutive au cours du travail. (Obs. 2233-1967).

- 1 fois pour immunisation anti-D, l'enfant décédant après exsanguino-transfusion (Obs. 1329-1966).
- 1 fois pour néphropathie gravidique, l'enfant mourant après sa naissance d'insuffisance respiratoire. (Obs. 242-1965).
- 1 fois pour présentation du siège, l'enfant mourant de détresse respiratoire (Obs. 2222-1965).
- 1 fois pour césarienne itérative seconde, l'enfant mourant de prématurité (Obs. 278-1962).

Cette mort foetale survient :

- 4 fois, en moins de 12 h après la naissance.
- 3 fois, de 12 à 24 h après.
- 1 fois, au 2^e jour.
- 2 fois, au 3^e jour après la naissance.

L'enfant est mort :

- 5 fois, soit une fois sur 2 dans un tableau d'insuffisance respiratoire d'origine centrale.
- 2 fois de prématurité.
- 1 fois de troubles cardio-respiratoires après exsanguino-transfusion.
- 1 fois d'hémorragie méningée.
- 1 fois d'anémie aigue.

III - LA MORTALITE FOETALE EN FONCTION DES INDICATIONS DE CESARIENNES

- Sur 43 césariennes suivies de mort foetale :
 - 15 soit 34,8 % sont indiquées pour placenta praevia hémorragique.
 - 5 soit 11,6 % sont indiquées pour apoplexie utéroplacentaire.
 - 4 soit 9,3 % pour immunisation foeto-maternelle.
 - 4 soit 9,3 % pour présentation de l'épaule.
 - 3 soit 6,9 % pour souffrance foetale apparue au cours du travail.
 - 2 pour utérus cicatriciel après hystérotomie.
 - 2 pour procidence du cordon.
 - 2 pour hydrocéphalie
 - 1 pour présentation du siège.
 - 1 pour présentation du front.
 - 1 pour coma éclamptique.
 - 1 pour néphropathie gravidique.
 - 1 pour hypertension artérielle grave.

- 1 pour postmaturité.

IV - LES CAUSES DE MORTALITE FOETALE

1 - Pendant la période anténatale, les causes responsables de la mortinatalité sont par ordre de fréquence :

- L'hématome rétroplacentaire : 5 fois.
- L'hydrocéphalie : 2 fois.
- La souffrance foetale : 2 fois.
- La procidence du cordon : 2 fois.
- La rupture utérine : 2 fois.
- L'insertion basse du placenta : 2 fois.
- Le coma éclamptique, l'hypertension artérielle grave, la présentation de l'épaule : 1 fois

2 - Pendant la période néo-natale, les causes de mortalité sont par ordre de fréquence :

- L'insertion basse du placenta : 13 fois.
 La mort du nouveau-né est due :
 - 6 fois à une prématurité.
 - 3 fois à une insuffisance respiratoire.
 - 2 fois à une hémorragie méningée.
 - 2 fois, à une anémie aigue.
- Les troubles respiratoires : 5 fois.
 - 2 fois, après exsanguino-transfusion.
 - 1 fois chez l'enfant débile de mère atteinte de néphropathie gravidique.
 - 1 fois après césarienne pour présentation du siège.
 - 1 fois, chez un enfant postmature.
 - 1 fois, après souffrance foetale pour disproportion foeto-pelvienne.
- L'anasarque foeto-placentaire : 2 fois.
- La prématurité pure : 2 fois.
 - L'une après césarienne pour présentation transverse.
 - L'autre après césarienne itérative seconde.
- Un syndrome hémorragipare, un ictère grave hémolytique une fois.

Les deux grandes causes de mortalité foetale périnatale, avant, pendant et après césarienne sont :

- L'insertion basse du placenta : 15 fois soit 34,8 % de la mortalité globale, elle tue surtout pendant la période néo-natale : 13 fois sur 15, 2 enfants seulement sont morts-nés après césarienne pour placenta praevia hémorragique.

Nos morts par placenta praevia sont supérieures à celles de KLEIN et Collaborateurs : 11,4 %, BRYANT : 15,4 %, PEDOWITZ et SCHWARTZ : 6,5 %.

- La prématurité :

- 7 morts-nés :

.3grands prématurés de poids inférieur à 1 800 g.

.2 prématurés de poids inférieur à 2 500 g.

.2 prématurés à 7 mois de grossesse, morts non pesés.

- 16 morts dans la période néo-natale :

- 10 grands prématurés de poids inférieur à 1 800 g.

- 5 prématurés de poids inférieur à 2 500g.

- 1 prématuré à 8 mois de grossesse sans poids indiqué.

Au total : 23 prématurés dont 13 grands prématurés de poids inférieur à 1 800 g sur 44 enfants morts soit 52,2 % de nos enfants morts sont des prématurés et 29,5 % de grands prématurés pesant moins de 1 800 g.

Nos pourcentages coïncident avec ceux donnés dans des publications récentes de césariennes : DIDDLE a plus de la moitié de morts foetales par prématurité, SCHAEFFER et CARPENTER : 61 %.

Toutes les précautions doivent être prises dans les césariennes prophylactiques pour éviter cette prématurité.

- L'hématome rétro-placentaire a tué 5 fois et toutes les fois avant la naissance de l'enfant soit 11,6 % de mortalité, ce pourcentage est inférieur à celui de BRYANT : 35 %, KLEIN et collaborateurs : 50 %.

- L'immunisation foeto-maternelle : 4 fois, toutes les fois dans la période postnatale soit dans 9,3 % des cas.

V - CONCLUSIONS SUR LA MORTALITE FOETALE DANS NOTRE SERIE DE CESARIENNES :

- Mortalité périnatale globale : 6,3 %.
- Mortinatalité : 2,7 %.
- Mortalité néo-natale : 3,6 %.
- Mortalité périnatale épurée :

Il faut éliminer :

13 morts-nés, où la mort de l'enfant est connue lors de la décision opératoire, la césarienne est faite pour la mère et non pour l'enfant.
10 grands prématurés de poids inférieur à 1 800 g.
5 enfants porteurs d'une tare à leur naissance.

Soit au total 28 enfants dont 2 jumeaux.

Il reste donc à considérer :

696 enfants - 28 = 668 enfants.

44 - 28 = 16 décès foetaux, 6 morts-nés, 10 morts après leur naissance : ces morts peuvent être en relation avec les conditions intervenues dans la décision opératoire.

Le taux de mortalité foetale périnatale épurée est donc de :

$$\frac{16}{668} = 2,3 \%$$

En conclusion :

I - Notre pourcentage de mortalité périnatale globale est de 6,3 % :

Cette mortalité périnatale globale est de :

- 3,5 % pour DILLON et collaborateurs.
- 3,5 % pour THEIN et Mc SWEENEY.
- 3,8 % pour JONES.
- 4 % pour DODERLEIN.
- 4,3 % pour GERNEZ et POIRET.
- 4,4 % pour PEDOWITZ et SCHWARTZ.
- 4,9 % pour HALL et collaborateurs.
- 5,6 % pour BRYANT.
- 5,8 % pour PIGEAUD. (Thèse de Bayle).
- 7,35% pour DUPERROY. (Statistiques Belges et Luxembourgeoises) .
- 7,7 % pour RICHON et SIMONIN.

- 7,9 % pour la Clinique gynécologique de Strasbourg.
- 8,2 % pour GROSSMANN et BENSON.
- 9,2 % pour PALLIEZ. (Thèse de POTIER).
- 11,5% pour DIDDLE et JENKINS.
- 11,6% pour KLEIN et collaborateurs.

2 - Notre pourcentage de mortalité périnatale épurée
est de : 2,3 %.

Cette mortalité périnatale épurée est de :

- 0,4 % pour BRYANT.
- 1,5 % pour MULLER.
- 1,6 % pour BALDWIN.
- 1,7 % pour SCHWARTZ.
- 2 % pour WOLFF.
- 2,9 % pour DIDDLE.
- 3,48% pour GERNEZ et POIRET.
- 4,4 % pour PIGEAUD. (Thèse de BAYLE).
- 4,7 % pour PALLIEZ (Thèse de POTTIER).
- 4,9 % pour RICHON et SIMONIN.

Ces chiffres sont difficilement comparables, car les facteurs d'épuration sont différents selon les auteurs.

B - LA MORBIDITE FOETALE

696 enfants extraits par césarienne.

I - LE POIDS DE L'ENFANT :

Dans 692 cas, le poids de l'enfant est donné :

- 17 enfants pèsent moins de 1 800 g.
- 55 enfants pèsent de 1 800 g à 2 500 g non
inclus.

- 167 enfants entre 2 500 g et 3 000 g.
- 453 plus de 3 000 g.

Soit 10,4 % d'enfants pesant moins de 2 500 g et
2,4 % d'enfants pesant moins de 1 800 g.

- 24,1 % des enfants pèsent entre 2 500 et 3 000 g.
- 65,3 % ont un poids supérieur à 3 000 g.

Si l'on étudie la mortalité foetale par rapport au poids des enfants, on s'aperçoit que :

- Sur 17 enfants de poids inférieur à 1 800 g.
nous relevons 13 morts soit une mortalité de 76,4 %, mortalité
qui a lieu dans 76,9 % des cas dans la période néo-natale.

- Sur 55 enfants pesant moins de 2 500 g. nous relevons 7 morts soit une mortalité de 12,7 %, mortalité qui a lieu dans 71,4 % des cas dans la période néonatale.

- La mortalité tombe à 5,9 % pour les enfants pesant entre 2 500 g et 3 000 g soit 9 enfants morts sur 167, à 2,2 % pour les enfants de poids supérieur à 3 000 g, mais dans cette catégorie, 9 enfants sur 10 sont des morts-nés.

II - ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE :

Sur 652 enfants vivants :

- 463 soit 71 % ont crié immédiatement à leur naissance.

- 170 soit 26 % sont réanimés pendant une période inférieure ou égale à 5 mn.

- 19 soit 3 % seulement sont réanimés pendant plus de 5 mn.

III - EVOLUTION DE L'ENFANT :

557 enfants sur 652 soit 85,4 % ont une évolution normale durant la période postnatale correspondant à la durée d'hospitalisation de la mère. Nous ne tenons pas compte des incidents mineurs : rhinites, mammites, muguet, qui ne perturbent pas l'élevage de l'enfant.

Nous relevons 12 malformations congénitales :

- Une gueule de loup.
- Une agénésie maxillaire.
- 2 hydrocéphalies.
- Une anomalie de la charnière occipito-cervicale.
- Une luxation de la hanche.
- 4 pieds bots.
- 2 hydrocèles vaginales.

2 accidents dus à une application de forceps préalable :

- Une paralysie faciale réversible.
- Un hématome cranio-facial.

95 enfants ont présenté une affection pathologique pendant la période postnatale, ce qui correspond à une morbidité néo-natale de 14,6 %.

Il s'agit de :

- 31 otites.
- 7 déshydratations.

- 3 infections broncho-pulmonaires.
 - 3 états septicémiques.
 - Une suppuration sous-maxillaire.
 - Un abcès mammaire.
 - 14 ictères hémolytiques.
 - 3 ictères graves.
 - 14 ictères bénins physiologiques.
 - 14 exsanguino-transfusions ont eu lieu.
 - 3 hémorragies cérébro-méningées.
 - 2 syndromes neurologiques non spécifiés avec
- trémulations.
- Une hémiplégie.
 - Un iléus paralytique.
 - Un syndrome anémique.

Nous ne tenons compte ci-dessus, que des enfants vivants, les enfants morts n'étant pas inclus.

Elevage des enfants :

525 enfants césariens soit 80,5 % sont nourris au lait artificiel.

69 soit 10,5 % reçoivent un allaitement mixte.

55 soit 8,4 % seulement sont nourris au lait maternel.

Consultation postnatale :

- 91 enfants ont été revus à notre consultation postnatale:

- 87 en parfait état.

- 4 atteints de troubles neurologiques :

2 infirmes psychomoteurs, un encéphalopathe, un hydrocéphale.

C O N C L U S I O N S

Dans notre travail, nous avons repris 684 observations de césariennes pratiquées à la Clinique Obstétricale de Clermont-Ferrand, par une même équipe, sous une même direction, dans des conditions obstétricales et chirurgicales identiques, du 1er janvier 1958 au 31 décembre 1967.

Le taux de fréquence est de 3,60 %, pourcentage comparable à ceux des publications récentes et se situe parmi les moins élevées.

Technique :

- Anesthésie générale donnée :
 - . dans 47,3 % des cas à l'Halothane-oxygène.
 - . dans 42,9 % des cas au Penthiobarbital-curare-protoxyde d'azote-oxygène.
- Incision pariétale sous-ombilicale dans 97% des cas.
- Hystérotomie :
 - . soit segmentaire transversale : 35 %.
 - . soit segmentaire verticale : 36 %.
 - . soit segmento-corporéale : 26 %.
 - . exceptionnellement corporéale : 3 %.
- Suture utérine effectuée en 2 plans au catgut n° 2, un plan profond à points séparés extra-muqueux, un plan superficiel d'enfouissement soit par points séparés, soit par surjet.

Les constatations faites au cours des itérations nous permettent de conclure sur une plus grande solidité de la cicatrice après incision segmentaire verticale qu'après incision transversale. Nous préférons actuellement l'incision segmentaire verticale agrandie en cas de nécessité en segmento-corporéale à l'incision segmentaire transversale. Nous réservons cette dernière aux cas particuliers : décollement vésical difficile, segment inférieur large, cicatrice utérine transversale antérieure.

Au point de vue étiologique :

- 63 % des opérées ont moins de 30 ans.
- 37 % ont plus de 30 ans.
- 48,8 % sont des primipares, 51,2 % des multipares,
- 80 % des grossesses ont atteint leur terme.

- 22,95 % des césariennes sont itératives, pourcentage se classant parmi les plus bas dans les statistiques actuelles.
- L'intervention est :
 - . prophylactique dans 30,26% des cas.
 - . effectuée en urgence dans 17,39% des cas.
 - . pratiquée en cours de travail dans 52,33 % des cas, le travail est dirigé sous perfusion d'ocytociques chez 40,5 % de ces femmes opérées au cours du travail.
- Les membranes sont :
 - . intactes dans 45,17 % des cas.
 - . rompues dans 54,82 % des cas.

Dans les suites opératoires :

- Alimentation parentérale dont la durée est inférieure ou égale à 48 h dans 82,5 %.
- Antibiothérapie systématique.
- Anticoagulants dans 47,8 % des cas.

Nous avons relevé :

- Des suites simples dans 63,3% des observations.
compliquées dans 36,6 % :
 - . complications mineures : 28,6 %.
 - . complications majeures : 8 % parmi lesquelles nous retiendrons :
complications vasculaires : 3,20%.

Nous constatons :

- Une diminution très nette des complications vasculaires depuis l'augmentation de la fréquence des traitements anticoagulants postopératoires.

- De 1958 à 1962, 11,3 % des opérées reçoivent un traitement anticoagulant : le taux de phlébites est de 4,4 %, celui des embolies pulmonaires de 3,1 %.

- De 1963 à 1967, 58,4 % des opérées sont sous anticoagulants, le taux de phlébites est de 0,76 %, celui des embolies pulmonaires de 0,76 % également.

- Par contre, le nombre d'opérées présentant des lochies hémorragiques abondantes, des hématomes de paroi a sensiblement augmenté. Nous sommes actuellement très larges dans l'administration des anticoagulants chez la multipare, l'opérée âgée, l'obèse, la femme aux antécédents veineux.

- complications infectieuses : 2,15 %.
malgré une antibiothérapie systématique.
- chocs postopératoires : 1 %, tous réversibles sauf un mortel.

- Une mortalité maternelle de 0,43% soit 3 morts :
 - l'une dûe à un collapsus peropératoire chez une cardiaque à l'injection de l'anesthésique.
 - l'autre à un choc postopératoire irréversible.
 - la 3ème à une embolie pulmonaire.
- Une mortalité foetale globale périnatale de 6,3%

comprenant :

- une mortinatalité de 2,7 %
- une mortalité néo-natale de 3,6 %.

- Les grandes causes de mortalité foetale sont : l'insertion basse du placenta, l'hématome rétro-placentaire, l'immunisation foeto-maternelle soulignant le danger pour le fœtus de la prématurité dans les indications de césariennes.

- Un taux de mortalité foetale périnatale épurée de 2,3 %.

- Une morbidité foetale pendant la période post-natale d'hospitalisation de 14,6 %.

Nous avons consacré la plus grande partie de notre thèse à l'étude des indications :

- Les indications obstétricales classiques représentent 84,72 % des indications principales :

- La disproportion foeto-pelvienne a une place privilégiée avec 43,85 %.
- Les présentations dystociques : 19,26 % avec 8,33 % de présentations du siège seulement et 5,40 % de présentations transverses.
- L'insertion basse du placenta : 6,28 %

- Les dystocies fonctionnelles : 4,82 %, pourcentage nettement abaissé par l'utilisation plus fréquente des antispasmodiques et des perfusions d'ocytociques.
- La notion d'utérus cicatriciel après césarienne est la cause majeure de l'intervention dans 4,09 % des cas seulement.
- Obstacles praevia : 3,36 %.
- Procidences du cordon : 2,77 %.
- La grossesse est gémellaire dans 1,75 % des cas.
 - Ces causes obstétricales sont responsables de 1,8 % de ruptures utérines, 0,3 % seulement survenant sur muscle utérin sain.

- Les indications pathologiques maternelles ne constituent que 5,22 % des indications principales :

- 3,49 % de dysgravidies.
- 1,73 % de maladies maternelles non gravidiques.

- Les indications qui tendent actuellement à se développer sont les indications de sécurité foetale : 9,92 %.

La césarienne est décidée uniquement pour sauver l'enfant :

- Enfant précieux : 2,92 % des indications principales.
- Grossesse prolongée : 2,19 %
- Immunisation foeto-maternelle : 1,75 %.
- Souffrance foetale : 1,60 %.
- Diabète : 1,46 %.

Les résultats obtenus dans ces indications de "césarienne pour l'enfant", étudiés dans chaque chapitre correspondant, sont très favorables et encourageants.

Par souci de clarté, nous avons retenu les indications principales de césariennes et nous les avons classées selon le schéma que nous venons d'énoncer.

Mais, tout au long de notre étude, nous avons essayé de faire voir dans les différents chapitres que l'intervention césarienne n'est pas décidée dans le plus grand nombre de cas pour une seule indication mais pour un ensemble d'indications :

- Indication unique dans 24,5 % seulement de nos observations.

- Dans 75,5 % des observations, plusieurs indications interviennent, différents cas peuvent se présenter :
 - soit une indication à valeur absolue s'impose comme indication principale.
 - soit diverses indications ont une valeur identique, ce qui rend difficile le choix de la cause princeps.
 - soit la valeur des diverses raisons opératoires est nuancée.
 - soit, enfin, plusieurs causes limites qui à elles seules ne suffiraient pas, se trouvant réunies prennent la valeur d'une indication absolue.

Voici pourquoi nous avons tenu compte dans notre étude :

- D'une part, des indications principales qui offrent une vision schématique satisfaisante pour l'esprit mais souvent éloignée de la réalité clinique.

- D'autre part, des indications totales, association de l'indication principale et d'indications complémentaires, ensemble étiologique beaucoup plus proche de la réalité clinique.

Nous avons ainsi voulu montrer que la décision opératoire d'une intervention césarienne n'est pas une simple équation, mais, dans les trois-quart des cas, dépend d'un contexte bien spécifique de chaque observation où interviennent différentes indications plus ou moins nuancées, en évolution permanente durant les derniers mois de la grossesse et durant la période du travail.

Vu, le 21 Janvier 1969

Le Doyen

G. MEYNIEL

Vu, le 18 Janvier 1969

Le Président de Thèse

J. BAUDON

Vu et Permis d'Imprimer

N° M 5/69

le 7 Février 1969

Le Doyen

G. MEYNIEL

B I B L I O G R A P H I E

- ACCINELLI G. : La valeur de l'hystérogaphie dans le pronostic de l'accouchement vaginal après une césarienne.
Clin.Ost.Gin., Oct.1965, 67, n ° 10,594-604.(Bibliogr)
- ALICINO R. et SCARPELLINI L. - Les indications de la césarienne. -
Clin. ost. gin., oct. 1962, 64, n° 10, 601-613
(résumé français) (Bibliogr).—
- AQUINO SALLES A. (de) et AMARAL L.B.D. - Indications et technique de l'opération césarienne. -
An. brasil. Gin., juin 1961, 26, n° 6, 173-190.
- ARAUJO O. J. et NEME B. - L'opération césarienne avant et après l'ère des antibiotiques.
An. brasil. Gin., sept. 1952, 34, n° 3, 129-136.
- ATTENDU C. A. - La césarienne contemporaine. -
Union méd. Canada, Juin 1961, 90, n° 6, 570-572.
- BACH H. G. - Modification des indications à l'accouchement par césarienne. -
Med. Klin. 19 sept. 1958, 53, n° 38, 1645-1647
(Bibliogr).
- BAR. - La place de la section césarienne dans les interventions obstétricales.
Bull. de l'Ac. de Méd. 1919, p. 571.
Arch. Mens. d'Obst. et Gyn. Février 1919, p. 579.
- BAYLE J. - Etat à la naissance des enfants extraits par césarienne.
Thèse Méd. Lyon 1961 - 252.
- BAZAN J. - Elargissement des indications de l'opération césarienne. -
Prensa. méd. argent., 19 janv. 1951, 38, n° 3, 111-116.
- BENOIT D. - Contribution à l'étude de la désunion de cicatrice de césarienne segmentaire (à propos de 6 observations).
Thèse DAKAR 1962, n° 2.

- BERTHIER P. - La césarienne segmentaire. Les indications, sa technique, ses résultats comparés depuis son adoption à travers 647 observations de la Clinique Obstétricale de Dijon.
 Thèse Méd. LYON - 1957 - 112 - 96 p.
- BILLIEUX J. - 42 césariennes sur 198 cas de Placenta praevia avec hémorragie du dernier trimestre de la gestation.
 Thèse Méd. Lyon - 1959 (7) - 48 p.
- BONHOMME J. - La césarienne et ses indications.
 Feuilles du Praticien n° 227, 231, mai 1963.
- BONNET - Les ruptures de cicatrices de césariennes basses.
 Thèse de PARIS 1934 - n° 233.
- BOURGEOIS G. et PHANEUF L. - Césarienne extra-péritonéale. Revue de 71 opérations consécutives.
 Am. J. Obst. Gyn. oct 1950, 60, n° 4 - 866-870.
- BOURSIER D. - Contribution à l'étude des ruptures utérines.
 Thèse BORDEAUX 1956.
- BOUTIN P. - Intérêt de la myomectomie pendant la grossesse ou associée à la césarienne pratiquée à terme.
 Etude de 71 observations de femmes enceintes porteuses de myomes volumineux ou multiples.
 Thèse PARIS 1961, 870 - (83 p.).
- BRAULT P. et DUBOIS J. - Les bassins à symphyse horizontale.
 Gyn. Obst. 1950 - 49 - 307-311.
- BROCHIER A. et EXBRAYAT Ch. - Extension de la césarienne basse conservatrice aux cas impurs par la pénicillinothérapie locale et générale.
 Gyn. et Obst. 1947, T. 46, n° 5, p. 622.
- BRUNO V., LEONE M. et MANNELLA G. - La césarienne à la clinique obstétricale de Rome pendant les cinq dernières années. -
 Clin. ost. gin., juil. 1966, 68, n° 7, 357-362
 (Bibliogr)
- BRYANT R.D. - La césarienne à CINCINNATI (Ohio).1950-1959.
 Am. J. Obstet. Gynec. 81, 480-492, Mars 1961.

- BURGHARDT E. et KOLBL H. - Variation des indications de la césarienne abdominale à la clinique gynécologique de l'Université de Graz entre 1949-1960, en particulier l'indication dite pour l'enfant. - Arch. f. Gyn., mai 1963, 198, 277-279 (Bibliogr).
- CABALLERO A. et BRAVO A. - Importance obstétricale de la cicatrice de césarienne. Rev. Franç. Gyn. 1968 - 63 - 9-425-435.
- CAFFEE H.H. - Cicatrice intra-utérine à l'origine d'une difficulté du travail. Césarienne. Am. J. Obst. Gyn. 1er oct 1962 - 84, 7, 861.
- CHALNOT, GROSIDIER et COLETTE - Accidents consécutifs à l'utilisation des fils non résorbables pour la suture du myomètre au cours de césariennes. Bull. Soc. Gynéc. et Obst. av-mai 1957 - 9, 2, 201-202.
- CHARLES P.G. - Les indications de la césarienne segmentaire transpéritonéale avec exclusion du segment inférieur, type Jeannin-Michon. Thèse Méd. PARIS 1960, 725 (63 p.)
- CHASTRUSSE L. - Les ruptures de cicatrices d'hystérotomie basse. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç. 1952 - 4, 2, 86-87 - n° 1
- CHASTRUSSE L. - A propos des ruptures de cicatrices d'hystérotomies. Rev. franç. Gyn. 1952, 47, 9-10, 326-342.
- CHASTRUSSE L. - De la reponsabilité des malpositions utérines consécutives aux césariennes dans l'échec de l'épreuve du travail. Rev. franç. gynéc. 1959 - 60, 9-10, 639-648.
- CHASTRUSSE L. (Bordeaux) - Lésions de l'uretère au cours des césariennes. Bull. Féd. Gynéc. Obst. 16-402. octobre 1964.
- CHASTRUSSE L. et DIA A. - Comparaison du pronostic obstétrical après C.S.L. et C.S.T. Une expérience de 11 ans portant sur 302 accouchements chez des césarisées segmentaires. Groupement Régional de BORDEAUX de la Société Nationale de Gynécologie et d'Obstétrique de France. Séance du 17/5/1966.

- CHASTRUSSE L. et DIA A. - Comparaison du pronostic obstétrical après césariennes segmentaires longitudinales (C.S.L.) et césariennes segmentaires transversales (C.S.T.) : une expérience de onze ans (1955-1965) Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., sept-oct. 1966, 18, n° 4, 388-391.
- CHASTRUSSE L. et DIA A. - Pronostic maternel immédiat et pronostic obstétrical des césariennes segmentaires. Comparaison entre la césarienne transversale et la césarienne longitudinale. - Rev. franç. Gyn. Obst., déc. 1966, 61, n° 12, 869-890 (Bibliogr).
- CHASTRUSSE L. et MALINALE G. - 20 ans de ruptures utérines. Groupement de BORDEAUX de la Société Nationale de Gynécologie et Obstétrique de France. Séance du 17/11/1965.
- CHOME E. - Opérations césariennes abdominales. E.M.C. Obstétrique 3-1957, 5 100 D 10, 5 100 D 50.
- CHOSSON J. et RUF - Suites immédiates de césariennes segmentaires conservatrices. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obst. Franç. 1961-13, 5, 650-653.
- CLAYE A. - La césarienne est-elle une opération léthale ? - J. Obst. Gyn. Brit. Comm., août 1961, 68, n° 4, 577-583 (Bibliogr).
- CLUZEL G. - Contribution à l'étude des méthodes d'anesthésie utilisées dans l'opération césarienne. Thèse Méd. PARIS 1964 - 14 (54p.)
- CORIAT - Césarienne simplifiée verticale. Réflexions après 5 ans d'expériences. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç. 1963-15, 4, 517.
- CORREA P. et LAUROY J. - A propos de 762 césariennes effectuées par les mêmes opérateurs à la maternité africaine de Dakar. Bull. Societ. Med. d'Afr. Noire de Langue Française, vol. 6, n° 2 2ème trimestre 1961.
- COSGROVE J. - Ann. Méd. Ass. 1951, 145, 12 - 884-888.
- COSGROVE S. - La Césarienne. Surg. Gynec. et Obst. 102, 616-620. Mai 1956.

- DEAN R.E. et TAYLOR E.S. - La morbidité post opératoire après césarienne. -
Am. J. Obst. Gyn., mai 1961, 81, n°5, 877-883, tabl. (Bibliogr).
- DEBENEIX G. - 10 ans de césariennes à la Clinique Obstétricale de BORDEAUX (1948-1957).
Thèse BORDEAUX 1959.
- DEFFARGES C. - Etude statistique de 500 observations d'accouchements en présentation du siège.
Thèse CLERMONT-FERRAND Février 1966.
- DELORME J. - Le pronostic de l'enfant né par césarienne.
Thèse Méd. BORDEAUX 1958-248 - (62 p.).
- DELRIEU C. - Indications et résultats des césariennes faites depuis 10 ans à la Maternité de l'Hôpital d'Argenteuil.
PARIS 1967-949 - (63 p.) (Pr. LEPAGE).
- DESNOYERS - Deux cas de rupture de cicatrice de césarienne.
Bull. Soc. Fr. Gyn. Obst. de PARIS - 9-1939, 563.
- DESSERT H. - A propos de 200 observations de césariennes basses recueillies en série à la clinique Obstétricale.
Thèse méd. Lyon 52-53-163, In. 8°, 88 p.
Gyn. et Obst. T. 53, n° 3, 1954, p. 392.
- DEVILLERS B.A. - Etude comparée des ruptures de cicatrices de C.S.L. et C.S.T.
Thèse PARIS 1964.
- DEWHURST C.J. - Rupture des cicatrices de césariennes.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. Février 1957, vol. 64, n° 1 p. 113 à 119.
- DIA A. - Le pronostic des césariennes segmentaires. Leur avenir obstétrical. Comparaison entre la césarienne segmentaire transversale et la Césarienne segmentaire longitudinale à propos de 272 observations.
Thèse BORDEAUX 1966 (74 p.)
- DIDDLE A., JENKINS H., DAVIS M. et O'CONNOR K. -
Analyse de la mortalité foetale dans la césarienne.
Am. J. Obst. et Gyn. 63, 967-977. Mai 1952.

- DILLON J.R., TILLIS J.E. et BREMNER J.X. - Une revue sur quinze ans des césariennes multiples. -
Am. J. Obst. Gyn., 1er déc. 1964, 90, n° 7/1, 907-912, 6 tabl. (Bibliogr).
- DIRR H. - Contribution en vue de transformer les interventions obstétricales dangereuses en une césarienne inoffensive. -
Gynaecologia, sept. 1960, 150, n° 3, 174-180 (Bibliogr)
- DODERLEIN G. - Modification des indications pour les accouchements par césarienne. -
Arch. f. Gyn., 1955, 186, n° 10, 53-55.
- DONATO V.M. - Extension des indications de la césarienne. -
Considérations sur les 204 cas. -
Semana Méd., 27 av. 1950, 57, n° 2937, 679-682.
- DORR H. et WALTHER E. - Etude critique sur les césariennes effectuées dans notre clinique pendant 14 ans. -
Zbl. Gyn., 28 sept. 1963, 85, n° 39, 1372-1379.
- DURAFFOUNG M. - La délivrance spontanée dans la césarienne basse.
Thèse Méd. LYON 1958-97.
- DURFEE R.B. - Evolution de la césarienne. (historique). -
J. Internat. Coll. Surgeons, nov. 1962, 38, n° 5, 480-491.
- ERHARDT C. et GOLD E. - La césarienne à NEW-YORK (1954-1955).
Obstet. and Gynec. 11, 3, 241-260, Mars 1958.
- ESOPO D. (d') - Une revue de la césarienne au "Sloan Hospital for women" (New-York) de 1942 à 1947.
Am. J. Obst. Gyn. janvier 1950-39, n° 1, 77-95.
- FEHRHOZ J. - Place et indications de l'opération césarienne dans le traitement du placenta praevia hémorragique Son incidence sur le pronostic foetal. A propos de 45 observations cliniques.
Thèse Méd. PARIS 1961. 268. (52 p.)
- FERNANDES M. - Césarienne. Pronostic immédiat et éloigné.
Rev. Gin. Obst., Janvier 1960, 54, n° 1, 17-27 (Bibliogr)

- FIENGA E. - Contribution à l'étude de l'incision de Pfannenstiel dans les césariennes segmentaires. A propos de 50 cas d'observations.
Thèse Méd. LYON 1963. 656 (75 p.)
- FOBE H. - "La césarienne en Belgique".
Bull. Soc. Roy. Belge. Gyn. Obst. 1947-17, n° 3.
- FOBE H., KETTING B., DUPERROY G. et PIRAUX P. - La césarienne en Belgique, aux Pays-Bas et au Grand Duché de Luxembourg.
Bull. Soc. Roy. Belge Gynéc. Obstét. 1965, 35, 6, 445-585.
- FORMICHELLA O. - La stérilisation par ligature tubaire dans la césarienne itérative.
Rev. Gyn. Obst. Août 1952 - 46-2 - 551-555.
- FOURNIE J. - Les indications de la césarienne abdominale dans le Service de Clinique Obstétricale de TOULOUSE de 1950 à 1953.
Thèse Méd. TOULOUSE. 1955-1.
- FOURNIER - Dystocie irréductible causée par la cicatrice d'une hystérotomie segmentaire transversale.
Bull. Soc. Gyn. Obst. de PARIS 1936. p. 627.
- FRANCOIS A.M. - Contribution à l'étude de l'anesthésie dans la césarienne. Essai du gamma-hydroxy-butyrate de sodium.
Thèse Méd. LYON 1964. 185. 58 p.
- GANDJI F. - La 2e césarienne : indications, pronostic, difficultés techniques.
Thèse BORDEAUX 1961.
- GELLE - Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse.
Thèse de LILLE 1929 - 30 - 35.
- GELLER H.F. et HERLEYN U. - Séquelles de la césarienne chez la mère. -
Zbl. Gyn., 9 mai 1964, 86, n° 19, 657-662 (Bibliogr.).
- GERARD J. - Place de la césarienne segmentaire dans la présentation du siège.
Thèse Méd. PARIS 1962 - 915 (47 p.)
- GERNEZ L. et POIRET C. - La césarienne basse: Etude critique portant sur 721 interventions pratiquées en série continue depuis 30 ans. -
Gynéc. Obst. av. mai 63, n° 2, 237-254.

- GRASSET J. et BRET J. - A propos de deux observations de rupture utérine après césarienne transversale.
Gyn. Obst. 1952-4, 3, 591-592.
- GRASSET J. et BRET J. - Ruptures utérines après césariennes transversales.
Sem. Hôp. Fév. 1953 - 39, 11, 525-526.
- GRASSET J., KLEIN M. et GAUTHIER R. - (PARIS) - L'opération césarienne chez la diabétique. A propos de 36 cas.
Gynéco et Obstét. T. 58 n° 4 - 1959 - p. 366-376.
- GREENHILL J.P. - Valeur actuelle de la césarienne -
Surg. Clin. North. Am. Février 1953 - 33.
- GRUNBERGER V. et SENKER F. - Les indications de la césarienne. -
Wien. Klin. Wschr., 15 av. 1960, 72, n° 15, 271-273.
- GORDON A.Ch. - La mortalité maternelle et prénatale de la césarienne : Rapport sur 2 693 césariennes faites à BROOKLYN pendant l'année 1954.
Am. J. Obst. Gyn. janvier 1957, Vol. 73 - n° 1 p. 65 à 75.
- GOSELIN B. - De la cellulite pelvienne dans les suites fébriles de césariennes pratiquées à la maternité Pinard durant les années 1962-63 et 64.
Thèse Méd. PARIS - 677 - (84 p.)
- GRANJON A. et CHEVALLIER G. - Opérations césariennes abdominales.
E.M.C. Obstétrique - 1-1968, 5102 A 10 p. 1-17.
- GROSSMANN M. et BENSON R. -
J. Amer. Méd. Ass. 1956-162/14 - 1289-1293.
- HARDY - "Dix ans à la maternité de BEAUJON. Etude clinique de 412 césariennes de 1948 à 1957".
Thèse PARIS 1958 n° 1795.
- HARRIS J. et NESSIM J. - Faire ou ne pas faire de césarienne.
J. Am. Med. Assoc. (CHICAGO) 169, 6, p. 570-576. Février 1959.
- HAWKS E.H. - Mortalité maternelle de 582 césariennes abdominales.
American journal of Obst. and Gyn.
Sept. 1929, Tome XIII, n° 3

- HAYES W.L. - Section césarienne. Revue de 486 opérations consécutives à l'hôpital de femmes de Melbourne.
- The Medical journal of Australia 2^e année, vol. 2, n° 25, 22 décembre 1934, p. 799, 807, 21.
- HELLEGERS A.E. et EASTMAN N.J. - Le problème de la prématurité chez les multipares avec cicatrices de césarienne.
Am. J. Obst. sept. 1961 - 82 - 3 - 673-686.
- HEYS R.F. - Hémorragies secondaires tardives par déhiscence du S.I. de l'incision césarienne.
J. Obst. Gyn. Brit. Commonw; Août 1963-70 - 4 - 647-651.
- HIRVONEN et NIEMINEVA. - La césarienne chez la primipare âgée.
Ann. Chir. et Gyn. Scand., vol. 42, 1953, rapportée dans Revue Franç. de Gyn. et Obst. de mars-avril 1955, p. 146.
- HOHNE G. - La fréquence de l'indication foetale de la césarienne à la clinique gynécologique de l'Université de Hambourg-Eppendorf. -
Arch. f. Gyn., mai 1963, 198, 286-288.
- HOUEL E. et EZES H. - Sept ruptures utérines après césariennes segmentaires, transversales ou longitudinales.
Revue Française Gyn.Obst. 1957, 52, n°5 - 6 - 222.
- HOUEL J., GARES et MESNARD F. - Complications après césarienne segmentaire transversale.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstét. Franç. 1959 - 11, 2, 130.
- HUDSON C.H. - Fistule vésico-utérine après opérations césariennes. Deux cas.
J. Obst. Gyn, Brit. Commonw. Fév. 1962, 69, 1, 121 - 124.
- JACKSON I. - L'état actuel du problème de la césarienne. -
Practitioner, mai 1961, 186, n° 1115, 569-577 (Bibliogr).
- JARROUSSE J. et MICHON G. - Trois cas de dystocie de Deme-
lin observées au cours d'une césarienne.
Bull. Féd. Gyn. Obst. 15-108. Mars 1963.
- JENSEN P.A. et AARO L.A. - Césarienne. Revue de séries de 10 ans. -
Mayo Clin. proc. av. 1965, 40, n° 4, 338-347. (530 102)

- JOHNSTON R. et MORGAN J. - Une analyse de 641 césariennes itératives.
South. Medic. Journal (BIRMINGHAM, Ala) 50, 6 p, 764-769 juin 1957.
- JONES O.H. - Incidences et indications de la césarienne au Charlotte Memorial Hospital pendant les 10 dernières années. -
Am. J. Obst. Gyn., 1er oct 1963, 87, n° 3, 306-319, 8 tabl. (Bibliogr).
- KALESCHMID W. - Variations de la pose des indications de la césarienne. -
Wien. Klin. Wschr., 1er sept. 1961, 73, n° 35, 590-592 (Bibliogr).
- KIENDA A. - Le pronostic immédiat et éloigné des ruptures utérines.
Thèse BORDEAUX 1964.
- KISTNER R. - Une analyse de 10 années de césariennes au "Cincinnati General Hospital".
Am. J. Obst. Gyn. Janvier 1951 - 61, n° 1 109-120.
- KLEIN J. - Morbidité et mortalité périnatale associée à la césarienne.
Obstet. Gynec. 20, 160-73. Août 1962.
- KREILICH H. - Indication foetale des césariennes.
Zbl. Gyn., 15 mai 1965, 87, n° 20, 695-703, 5 tabl. (Bibliogr).
- KUBINYL J. et TALLIAN F. - La césarienne dans l'obstétrique de nos jours. Expérience acquise avec 1303 césariennes.
Gynaecologia, juin 1958, 145, n° 6, 415-434, 12 fig. (Bibliogr)
- KUSTNER H. - L'indication élargie de la césarienne est-elle toujours justifiée?
Zbl. Gyn., 1952, n° 36, 1422-1425.
- LACOMME M. et LEWIN D. - L'accouchement naturel ou césarien chez les femmes antérieurement césarisées.
Gynéc. et Obst. 1962 - 61-4 437-452.
- LAMY M. et BOUTIN P. (SAINT-DENIS) - Myomectomie associée à la césarienne pratiquée à terme.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 17, 236. Août 1965.

- LAVENE A. - A propos d'une statistique intégrale de 63 césariennes basses pratiquées sous rachi-anesthésie.
Thèse Méd. LYON 1963 - 216 (44p.)
- LEARY J.A.O. et STEER C.M. - (NEW-YORK) - Une revue de 10 ans d'hystérectomie césarienne.
Am. J. Obst. et Gyn. 90-227. Septembre 1964.
- LE CANNELIER R. - Ruptures de l'utérus parturient.
E.M.C. Obstétrique 1962.
- LE CANNELIER R. et BOURGOIN P. - A propos d'une rupture utérine du travail.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire 1960 - 5,4, p. 440.
- LE CANNELIER R. et BOURGOIN P. - Contribution au diagnostic pendant le travail des désunions des utérus cicatriciels.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire langue française. 1er juin 1961, 6,1 - 92-95.
- LE CANNELIER R. et BOURGOIN P. - Désunion de cicatrice de césarienne et rupture utérine.
Bull. Féd. Soc. Obst. Franç. 1962 - 14, 4, 508.
- LE CANNELIER R., BOURGOIN P., PINEAU P., BRETON P. et BALLON C. - Note sur l'intérêt de l'HSG pour contrôler la qualité de la cicatrice de césarienne.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire de langue française 1962, 7.
- LEFRANC CHR. - A propos des anesthésies pour interventions césariennes. - Etude basée sur 221 observations.
Thèse Méd. PARIS 1960, 502, 40 p.
- LEINZINGER E. et LECHNER G. - Expériences des césariennes répétées dans le service Gynécologique de l'hôpital de Lindz. -
Zbl. Gyn., 7 mai 1966, 88, n° 19, 592-597 (Bibliogr).
- LEPAGE F. - Avenir obstétrical des césariennes basses.
Rev. Méd. Franç. Oct. 1945 - 10, 159.
- LEPAGE F. et CHATAIN J. - Essai de lever précoce après césarienne basse.
Gyn. et Obst. tome 46, n° 5, p. 588, 1947.
- LEPAGE et NOEL B. - Etude des cicatrices de césariennes par hystérogaphie.
Gyn. Obst. T 58, n° 5, 1959 - p. 506.

- LEPAGE F., ROSSIER A., GRANJON A. - A propos de quelques indications de césariennes avant terme. Paris. Gyn. et Obst. tome 50, n° 3, p. 297, 1951.
- LEROUX P. - Césarienne basse. Thèse Paris 1953.
- LESBATS G. - "Contribution à l'étude de la césarienne pour le sauvetage foetal au cours des hémorragies rétro-placentaires". Thèse BORDEAUX 1960.
- LORTHIOIS S. - Le pronostic de la césarienne pratiquée sous rachi-anesthésie. Thèse Méd. PARIS 1958, 632.
- LOUROS N., GAVARES P. et BAVOUS N. (ATHENES) - Diagnostique et traitement des ruptures de l'utérus consécutives à une césarienne antérieure. Rev. Franç. Gyn. 1958 - 53, 5, 399-410.
- MACHADO F.F. (LISBONNE) - Considérations sur l'avenir obstétrical de la femme césarisée. Gynéc. Prat. 16, 393 n° 5, 1965.
- Mc. NALLY H. et FITZPATRICK V. - Femmes à quatre césariennes ou plus. Southern Med. J. 54, 360 - 8. avril 1961.
- MAC NEILL D.B. - Mortalité périnatale dans la césarienne. Am. J. Obst Gyn. 1956, 71, 304-310.
- MAGNIN P., GABRIEL H., LAURENT H. et CHABERT L.M. - Indication d'hystérotomie tirée de l'aspect radiologique du crâne foetal au cours du travail. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv-mars 1964, 16, n° 1, 59-60.
- MAGNIN P., GABRIEL H. et THOULON J.M. - Ruptures utérines après césariennes antécédentes. Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. Tome 18, n° 3. 1966 p. 260-262.
- MAGNIN P. et THOULON J.M. - (LYON) - Etude H.S.G. de l'utérus césarisé (à propos de 90 cas). Gyn. Obst. 1968, T. 67, n° 1 p. 119-150.
- MAHON R. - Rupture d'une cicatrice de césarienne basse au cours d'un accouchement ultérieur. J. Méd. BORDEAUX. 15-30 juillet 1944. 13-14 243-244.

- MAHON R. et CHASTRUSSE L. - Conséquences obstétricales des modifications de la statique utérine dues aux césariennes.
Rapport au Congrès de BARCELONE (1958) de l'ass. Médit. de Gyn. et d'Obst. TOULOUSE Méd. 1958, 59, 9.
- MAHON R., PERY G., SOUMIREN, MOURAT J. - A propos de quatre cas récents de cicatrices de césariennes.
Bull. Féd. Gynéc. et Obst. 1958, 10 - n° 2, 183-185.
- MAHON R., SOUMIREN, MOURAT J., BOURSIER D. et MAGENDIE J. - A propos de 4 nouveaux cas de rupture de cicatrices de césariennes.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov-déc. 1962, 14, 5. 681-683.
- MAHON R. et COLL. - Les lésions de l'uretère au cours de la césarienne basse.
Rev. franç. Gynéc. 1963 - 58, 12, 839-848.
- MARTY M. Th; - L'anesthésie au Penthiobarbital curare dans la césarienne abdominale.
Thèse Méd. TOULOUSE 1957, 85, 64 p.
- MERGER R. - La césarienne dans le cadre de la chirurgie moderne.
Sem. des Hôpitaux de Paris, 18 mai 1951 - n° 27.
- MERGER R. et COLL. (PARIS) - La myomectomie au cours de la césarienne.
Gyn. et Obst. 64 - 343. Août 1965.
- MESTON B. - Le problème du choix de l'incision utérine au cours de la césarienne abdominale.
Thèse Méd. RENNES 1962, n° 240 (69 p.)
- MIDAK E. - Une analyse des indications de la césarienne à l'époque des antibiotiques, basée sur l'étude de 14.000 naissances. -
Polski Tygos. Lek. 1964, 19, n° 39, 1492-1495 (Bibliogr).
- MEINRENKEN H. - L'indication de la césarienne a-t-elle changée?
Arch. f. Gyn., mai 1963, 198, 288-290.
- MILFORT J. - Le problème de l'anesthésie générale dans les césariennes.
Thèse Méd. STRASBOURG 1957 - 13 - (52p.)

- MILFORT J. et FINTZ B. - Les indications actuelles de la césarienne.
Strasbourg méd., juin 1963, 123, n° 6, 568-579
(Bibliogr)
- MILLER H.J. et COLL. (NEW-ORLEANS) - Valeur de la césarienne postmortem.
Am. J. Obst. Gyn. 91 - 931. Avril 1965.
- MONIOD P. - Contribution à l'étude de l'accouchement dans un utérus césarisé.
Thèse PARIS 1960. 1025. 44 p.
- MONTAGUE A.L. et KREVANS J.R. - Hémorragie transplacentaire dans les césariennes.
Am. J. Obst. Gyn. 95, n° 8, 1115-1118, août 1966.
- MORENO Victorio Perez. La mort dans l'opération césarienne.
Ginecologia y obstetricia de Mexico. Juillet-août 1957.
- MORIN P. et ABBOU S. - La césarienne.
R.P. 1968 Tome XVIII, n° 27, p. 3 851-3 860.
- MORLEY J.W. - Césarienne une fois, césarienne toujours ?
J.A.M.A., 23 déc. 1961, 178; n° 12, 1128-1131
(Bibliogr).
- MUGNIERY M. - Etude statistique des opérations césariennes pratiquées à la maternité de l'Hôpital de la Croix Rousse de 1945 à 1960 exclu.
Thèse méd. Lyon - 1960 - 205 (75 p.)
- MULLA N. et BATES J. - La césarienne dans un hôpital municipal général. -
Am. J. Obst. Gyn., sept. 1961, 82, n° 3, 669-672, 9 tabl. (Bibliogr)
- MULLER P., KELLER B. et DELLENBACH P. - La hernie isthmique après césarienne.
Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. T. 19, n° 4 1967, p. 375-377.
- MULLER P., TOUSSAINT P. et GILLET J.Y. - Césarienne et grossesse multiple. A propos de 19 observations.
Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. T. 19, n° 4 1967, p. 367-370.

- MUSSET R. et MAGDER E. (PARIS). - Les fistules utero-vésicales après opérations césariennes segmentaires. *Gaz. Méd. Fr.* 72, 35-95. Novembre 1965.
- NEAU C. (Melle) - Contribution à l'étude de l'accouchement naturel ou césarien chez les femmes antérieurement césarisées. D'après les statistiques des 6 dernières années. Thèse Méd. PARIS 1963, 1 179, (49 p).
- NELKEN S. et MUSIATOWICZ J. (LYON) - Quarante-deux césariennes à l'occasion de 198 cas de placenta praevia avec hémorragie au cours du dernier trimestre de la gestation. *Gyn. et Obstét.* Tome 57, n° 4, 1958.
- NEME R. - La suture du myomètre dans la césarienne. *Rév. Gin. Obst.* nov. 1959, 105 - 5, 485-494.3 fig.
- NEUMANN E., THOULON J. et FAVIER J. - La césarienne par incision de Pfannenstiel. A propos de 66 cas. *Gyn. Obst. (PARIS)*, T. 63, 1964, n° 1, p. 135-139.
- NEUWEILER W.A. - A propos du pronostic de la césarienne. *Zbl. Gyn.* 1955, 77, 41, 1 601-1 610.
- NEWTON M. et BLACKBURN L.J. - La déperdition sanguine après opération césarienne mesurée par la méthode photométrique à l'hématic-acide. *Am. J. Obst. Gyn.* 15 avril 1962, 84, 2, 257-260.
- NOEL B. - Etude hystérographique des césariennes segmentaires. Thèse PARIS 1960, 817.
- PARSON S.R. - Rupture du S.I. et de la vessie après césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.* sept. 1952, 64, 3, 672-674.
- PEDOWITZ P. et SCHWARTZ R.M. - Fréquence réelle des ruptures silencieuses des cicatrices de césariennes. *Am. J. Obst. Gyn.* nov. 1957, 74, 5, 1 071-1 081 et *M.Y. Obstet. and Gynec.* 1959 1 416, 764-772.
- PETITCOLAS J. - Etude critique de 61 cas de césariennes (1959-1962). - *Rev. méd. norm.*, janv. 1963, 5, n° 1, 29-67.
- PILLSBURY S.G. - La sécurité des césariennes. - *Am. J. Obst. Gyn.*, 1er juin 1963, 86, n°5, 580-584, (Bibliogr).

- PIRAUX P. - 20 ans de césarienne abdominale. - Analyse statistique de 447 cas de césariennes abdominales consécutives, pratiquées à l'Hospice de la Maternité. (Service du Professeur Weymeersch 1933-1935) et à la Maternité Universitaire Saint-Pierre (Service du Professeur Snoëck, 1936-1952).
Gyn. et Obst. t. 53, n° 4, 1954, p. 428.
- PLASSE G. - Césarienne et incision de Pfannenstiël.
Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. T. 19, n° 1 1967 p. 50-52.
- POIDEVIN L. - La valeur de l'hystéroggraphie dans l'étude des cicatrices de Césariennes.
Amer. J. Obstet. Gynec. 81, 67-71. Janvier 1961.
- POIDEVIN L.O.S. - Les cicatrices de césariennes.
Un vol. 112 p SPRINGFIELD ILLINOIS - U.S.A. 1965.
- POIDEVIN L.O.S. et BOCKNER V. - Une étude hystéroggraphique des utérus après césarienne.
Obst. Gyn. Brit. Emp. 1958, 65, 278-283.
- PORTES L., MAYER M. et LEMERRE, Paris. - Résultats maternels et infantiles d'une série de 304 cas d'opérations césariennes traitées par pénicillinothérapie (1945-1949).
Gyn. et Obst. T. 49, n° 1, 1950.
- POSNER A., COHN S. et POSNER S.N. - Progrès de la césarienne, une revue de 852 cas.
American Journal Obst. and Gyn. Janvier 1954, vol. 67, n° 8.
- POTTIEZ C. - Pronostic foetal des césariennes.
Thèse Méd. LILLE 1967-68, n° 6.
- RAICS J. - Influence de la modification des indications de la césarienne sur la mortalité de la mère. -
Zbl. Gyn., 7 janv. 1967, 89, n° 1, 17-21.
- RAISON M. - A propos de 5 observations postmortem et de 5 autres observations de césariennes chez des femmes en danger de mort imminente.
Thèse Méd. LYON 1964, 23 (67 p).
- RAVINA J.H., FERAY C. et LE LIRZIN R. - Rupture utérine insidieuse au 9e mois chez une femme antérieurement césarisée.
Gyn. et Obst. 1965, 64, 3, 383-390.

- RAURAMO L. - Développement des indications foetales de la césarienne.
Arch. f. Gyn., mai 1963, 198, n° 280-282.
- REBOUL D'AUBIGNY J. - Césarienne segmentaire itérative et stérilisation d'après l'état du muscle utérin (218 observations).
Thèse LYON 1953, 8, 91 p.
- REITINGER J. - A propos du problème de la césarienne avec considération spéciale de l'indication élargie. -
Wien. Méd. Wschr., 22 janv. 1955, 105, n° 3, 57-60, (Bibliogr)
- RENNER L., KELLER B., SACREZ J. et DAUCOURT J. - Césarienne et grossesse gémellaire.
Soc. Nation. Gynéco. et Obst. STRABOURG, 22 juin 1963.
- REVAZ C. - Diminution de la fréquence de la césarienne en cours d'accouchement par l'introduction de la perfusion d'ocytociques sous A.G. au pentothal.
Schweiz Méd. Wschr. 93, 1 039, juillet 1963.
- REZENDE J. (de). - Pronostic immédiat et éloigné des césariennes. -
Rev. Gyn. Obst., fév. 1960, 54, n° 2, 125-129 (Bibliogr)
- RICCI James et PRATT-MARR James. - Principes de la césarienne extra-péritonéale.
The Blakiston Company, Philadelphie.
- RICHON J. et SIMONIN J. - Considérations et étude critique de 671 césariennes pratiquées de 1944 à 1960.
Rev. franç. Gyn. Obst., fév. 1961, 56, n° 2, 97-112 (Bibliogr).
- RISCHMANN M. Th. - Césariennes pour tumeur praevia d'origine extra-génitale. A propos de 2 cas.
Thèse Méd. CLERMONT-FERRAND 1963, 4 (31 p).
- RIVIERE M. - Césariennes et mortalité maternelle.
XVIIIe Congrès de la Fédération de la Société Gynéc. et Obst. de langue française.
Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. Franç. 1959, 11, 1 bis, 223-226.
- RIVIERE M., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et DEBENEIX G. - 300 césariennes, indications et résultats. -
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov.déc 1960, 12, n° 5, 575-576.

- RIVIERE M., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et TRILLAUD A. -
Les dystocies dynamiques dues à l'opération césarienne.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstét. Franç. 1960, 12, 3, 576.
- RIVIERE M. CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P. et LESBATS G. (BORDEAUX) - De la césarienne pour sauvetage foetal au cours des hémorragies rétroplacentaires.
Revue Franç. de Gynéc. Obst. L VI n° 6 juin 1961, p. 419-428.
- RIVIERE M., SOUMIREN et BOIREAU - L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une césarienne, observées dans leurs accouchements ultérieurs à l'Hôpital BOURSIER de 1945 à 1949.
Gyn. Obst. 1950, 2, 182.
- ROJAS R.A. - Césarienne, toujours césarienne. -
Prensa méd. argent., 2 déc. 1960, 47, n° 49, 3 199-3 203 (Bibliogr).
- ROTHER H. - Analyse de la mortalité maternelle dans la césarienne. -
Zbl. Gyn. 9 mai 1964, 86, n° 19, 644-652, 10 tabl. (Bibliogr).
- ROUCHY R., GROSIEUX P., ROCHARD M.T., MINIER J.F. et CREZE J. (ANGERS) - Opération césarienne et présentation du siège.
Gyn. Obst. 1966, T. 65, n° 5, p. 573-584.
- ROUCHY R., LE LORIER G. - Conduite à tenir dans la présentation du siège. Le traumatisme foetal dans la présentation du siège. Césarienne et présentation du siège.
Revue Maternité 1953 n° 4, p. 107-129.
- ROUSSEAU A. - Contribution à l'étude de l'anesthésie dans l'opération césarienne.
Thèse Méd. PARIS 1966, 384, (88 p).
- RUIZ VELASCO et COLL. - Hystérogaphie de contrôle après césarienne.
Am. J. Obst. Gyn. 1964. 90, 2, 222-226.
- RUIZ Velasco V. et GAMIZ R. (MEXICO) - Pronostic de la cicatrice de césarienne.
Am. J. Obst. Gynec. 95, n° 8 1.119-1122, août 1966.

- RUPPRECHT A. - Développement de l'indication de la césarienne à la clinique gynécologique de l'Université de Kiel dans les 40 dernières années.
Arch. f. Gyn., mai 1963, 198, 282-286.
- SAOUT E. - L'avenir de la femme césarisée. -
Thèse Paris 1966, n° 3, (60 p)
- SHAEFFER G., CARPENTER F. - Modifications des indications da la césarienne.
Am. J. Obst. Gyn., mai 1953, 65, n° 5, 935-943, 4 tabl. 2 fig. (Bibliogr).
- SERMENT H. - De l'extraction du foetus au cours de la césarienne basse.
Gyn. et Obst. T. 50, n° 4, p. 386, 1951.
- SERMENT H., VERDET C. et RUF H. - A propos d'une étude stastistique des indications et des suites opératoires d'une série de césariennes mutilatrices.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., av-mai 1956, 8, n° 2, 207-209.
- SEELEY W.F. - 134 césariennes consécutives sans mortalité maternelle.
American Journal of Obst. and Gyn. Juin 1934, t. XXVIII, n° 1.
- SKELL A.J., JORDAN P.P. - Etude sur la césarienne d'après 1047 cas.
The American Journal of Obst. and Gyn. tome XXIII, n° 2, Fév. 1932.
- SIMONIN J. - L'opération césarienne abdominale à la Clinique Obstétricale de NANCY.
Thèse 1956.
- SLEPYKH A.S. - Indications modernes de la césarienne abdominale. -
Akoucherstve i Guinek. (Moscou), mai 1964, n° 5, 11-17 (Bibliogr).
- STENGER O. et COLL. (GAMESULLE FLORIDE) - Anesthésie rachidienne pour césarienne.
Am. J. Obst. et Gyn. 90 - 51, sept. 1964.
- STROBEL E. - Césarienne et résultats obstétricaux. -
Geburtsh, Frauenh., sept. 1967, 27, n° 9, 859-868, 10 tabl. (Bibliogr).

- THEIN W. et Mac SWEENEY D.J. (BOSTON) - Césariennes multiples.
Am. J. Obst. Gynéc. 90, 913 décembre 1964.
- THEOLEYRE J. - Complications phlébitiques dans les suites de 500 césariennes observées en série à la Clinique Obstétricale.
Thèse LYON 1963.
- THOYER-ROZAT - A propos de 2 cas de rupture utérine à bas bruit après césarienne transversale. Documentation maternité de BEAUJON 1963 citée par DEVILLERS A.
Thèse PARIS 1964, 177 (38 p).
- TRILLAT - Les conséquences éloignées de la césarienne basse.
La gynécologie XII, 1934, p. 743.
- TRILLAT - Rupture de la cicatrice utérine des césariennes basses.
Rapport de la Soc. d'Obst. et Gyn. de LYON 1934.
- TOULOUSE R. et DUBOIS J. - Le pronostic maternel de la césarienne segmentaire.
Rev. franç. Gyn. Obst., juil-août 1960, n° 7-8, 531-542.
- TOURNIER-LASSERVE C., DELARUE G. et GEROME M. -
L'opération césarienne abdominale en milieu africain.
(A propos d'une série de 492 observations).
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov-déc. 1963, 15, n° 5, 588-589.
- VARA P. - La question de la césarienne dans l'obstétrique moderne. -
Gynécologia, juil. 1958, 146, n° 1, 72-92. 2 tabl.
- VARA P. - Revue. La question de la césarienne dans l'obstétrique moderne (fin).
Gynaecologia, août 1958, 146, n° 2, 174-192, (très import. Bibliogr).
- VARANGOT J. - GRANJON A. - Intérêt de l'étude hystérographique des cicatrices de césariennes segmentaires.
Gyn. Obst. Tome II, n° 4 bis 1959.
- VARANGOT J., GRANJON A et YANOTTI S. - Intérêt de l'étude hystérographique des cicatrices de césariennes segmentaires.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1959, II, 4 bis. 464-468. (Communication au XVIII Congrès Féd. Gyn. et Obst. de langue française. PARIS, juin 1959).

- VATTERONI M. - L'hystérogaphie après la césarienne et sa valeur pronostique sur les accouchements suivants.- Clin. ost. gin., déc. 1965, 67, n° 12, 835- 740 (Bibliogr)
- VERMELIN H. - A propos de l'opération césarienne. La presse Médicale, Oct. 1947, n° 63, p. 717.
- VERMELIN H. et HARTEMANN - Résultats comparés de 20 ans de pratique de la césarienne corporéale et de la césarienne segmentaire à la Clinique Obstétricale de Nancy. Gyn. et Obst. T. 47, n° 6, p. 851, 1948.
- WAHL P. et JAHIER J. - Hémorragie secondaire tardive après césarienne transversale. Hystérectomie et ligature de l'artère hypogastrique. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. Franç. 1962, 14, 4, 521-522.
- WARM R. et FELKER A. - Variation des indications de la césarienne dans les vingt cinq dernières années. Etude sur 2 800 cas. - Zschr. Geburtsh. Gyn., 1966, 165, n° 3, 335 - 350 (Bibliogr).
- WARM R. et FELKER A. - 25 ans de césariennes (1939-1963). Tentative de bilan d'après 2 800 cas. I. - Etude des techniques, de la fréquence, de la parité, de l'âge de la mère, de la présentation de l'enfant, des contractions et de l'anesthésie. Zbl. Gyn., 16 juil. 1966, 88, n° 29, 953-962, 7 fig. (Bibliogr).
- WARM R. et FELKER A. - 25 ans de césariennes (1939-1963). Tentative de bilan d'après 2 800 cas. - II. - Mortalité et morbidité. Zbl. Gyn. 16 juillet, 88, n° 29, 963-970, (Bibliogr).
- WATERS E.G. - Récentes tendances de l'opération césarienne. Obst. and Gyn. 1958, II, 6.
- WANDL H.K. - Les modifications de la césarienne avec considération particulière de la mortalité maternelle. Zbl. Gyn., 8 juillet 1961, 83, n° 27, 1069-1076 (Bibliogr).
- WIMHOFFER H. et BACH H.G. - Pronostic amélioré et indication modifiée dans l'accouchement par césarienne. - Deutsche med. Wschr. 21 sept 1956, 81, n° 38, 1541-1547, 9 tabl., (Bibliogr).

- YOUL. - Les opérations césariennes à la Maternité PELLEGRIN
(1954-1963).
Thèse BORDEAUX 1964.
- YOUSSEF A.F. - Ménourie après césarienne segmentaire.
Am. J. Obst. Gyn. avril 1957, vol. 73, n° 4 p. 759
à 768.
- ZOLTAN I. - La césarienne dans l'obstétrique actuelle 210 p
(Kultura Edition Pub. Edit.) BUDAPEST 1962. Pnb.
149, 1961.
(Compte-rendu ds Gynéc. Obst. 1962. p. 141).
- ZOLTAN I., JANOSSY T. et MOROCZ K. - Gynaecologia, sept.
1960, 150, n° 3, 188-195.
- Séances du 5/3/1962 et du 2/4/1962 du groupement
régional de PARIS de la Société Nationale de Gynéco.
et d'Obstét. de France.
Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. Franç. 1962, 14, 3,
279-331.
-

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS	1
GENERALITES	
Plan	9
Mode d'étude analytique	11
Place de notre statistique	15
Fréquence des césariennes	17
Contexte étiologique de la femme césarisée ..	19
INDICATIONS	
<u>Classification</u>	25
<u>Etude analytique</u>	27
- <u>Indications obstétricales classiques</u>	29
Disproportion foeto-pelvienne	31
Dystocie pelvienne	31
Excès de volume foetal	46
Présentations dystociques	51
Présentations transversales.....	51
Présentations du siège	55
Présentations céphaliques défléchies	60
- Déflexion des 3/3 : Faces	60
- Déflexion des 2/3 : Fronts.....	61
- Déflexion de 1/3 : Bregma ...	63
- Occipito-postérieures défléchies	64
Présentations occipito-postérieures ..	67
Dystocies Dynamiques	71
Utérus cicatriciels	79
Césariennes itératives	79
Cicatrices de myomectomies	86
Insertions basses du placenta	87
Obstacles praevia	93
Procidences du cordon	103
- <u>Indications de sécurité foetale</u>	107
Souffrance foetale	109
Grossesse prolongée	115
Diabète	119
Iso-immunisation foeto-maternelle ...	123
Enfant précieux	127

- Indications pathologiques maternelles	133
Dysgravidies	135
Toxémies gravidiques	135
Eclampsies	140
Apoplexies utero-placentaires	141
Maladies maternelles non gravidiques	145
Néphropathies	145
Hypertensions artérielles	146
Cardiopathies	148
Pneumopathies	150
Hernies hiatales	150
Maladies neurologiques	150
Maladies ophtalmiques	150
Psychopathies	151
Etude synthétique	153
Grossesses gémellaires	161
Préruptures et ruptures utérines	163

TECHNIQUE

Anesthésie	173
Précautions préopératoires	175
Incision pariétale	177
Champ opératoire	181
Décollement péritonéo-segmentaire	183
Incision utérine	185
- Segmentaire transversale	185
- Segmentaire verticale	186
- Segmento-corporéale	187
- Corporéale	188
- Itérative	189
• Constatations au cours des itérations	191
• Déductions sur la valeur des différents types d'incisions	195
- Techniques spéciales	200
Extraction du fœtus et des annexes	201
Suture utérine	203
Péritonisation	205
Interventions associées	207
- Stérilisation	207
- Césarienne mutilatrice	208
- Myomectomie	210
- Kystectomie	210
- Autres interventions	210
Accidents peropératoires	213
- Anesthésiques	213
- Chocs	214
- Hémorragies	214
- Plaies viscérales	215

RESULTATS

Pronostic maternel	219
Attitude thérapeutique du service	219
Suites opératoires simples	222
Complications postopératoires	222
Chocs	222
Complications infectieuses	223
Troubles du transit intestinal	226
Complications vasculaires	227
Complications urinaires	231
Complications mammaires	231
Lochies abondantes	231
Hématomes pariétaux	232
Autres complications	232
Mortalité maternelle	234
Etude comparative de nos résultats	236
Suites lointaines	237
Pronostic foetal	239
Mortalité foetale	239
Mortinatalité	240
Mortalité néonatale	241
Mortalité foetale en fonction des indi- cations de césariennes	243
Causes de mortalité foetale	244
Mortalité périnatale épurée	246
Etude comparative de nos résultats ..	246
Morbidity foetale	247
Poids de l'enfant	247
Etat de l'enfant à la naissance	248
Evolution de l'enfant	248
CONCLUSIONS	251
BIBLIOGRAPHIE	259



